

VISITA OCULISTICA DEL: 14/11/2018 CERTIFICATO N° 6/118 ESAMINATORE Dott. SICCARDI SARA n° aut FSA 30

CANE/DOG

Nome/Name AMY Razza/breed AKITA INU

Sesso/sex F Nato il/date of birth 18/09/2016 Colore/color FUCVO Microchip 380260080356849

Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no si/yes _____ Data/date _____ Risultato/result _____

Esaminato/checked _____ Data/date _____ Risultato/result: esente/unaffected _____ affetto/affected _____ non def-sosp/undet.-sus. _____

PROPRIETARIO / OWNER

Proprietario / owner COSOPRET VASILE EDUARD

Indirizzo / address VIA NAZIONALE 109, 55025 PIANO DI COREGLIA (LUCCA)

Visita, protocollo obbligatorio: Midriatico 1 Oftalmoscopia indiretta 1 Biomicroscopia binoculare > 10x 1 Esame pre-dilatazione x razza 1

Altre indagini: Esame pre-dilatazione _____ Oftalmoscopia diretta _____ Gonioscopia _____ Tonometria _____ Altro _____

Risultati per le malattie ritenute congenito/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

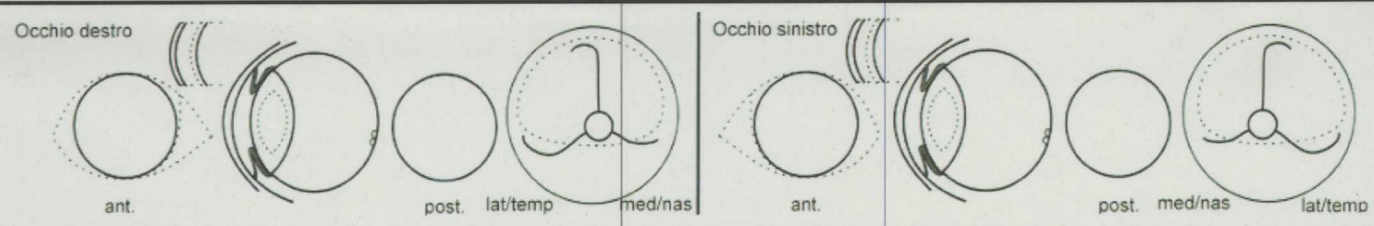
	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto****
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/>	9. Entropion/trichiasi	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	grado 1 <input type="checkbox"/> gradi da 2 a 6 <input type="checkbox"/>	10. Ectropion/macroblypharon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cort. <input type="checkbox"/> post pol. <input type="checkbox"/> ant pol. <input type="checkbox"/> sut. <input type="checkbox"/> punct. <input type="checkbox"/> nucl. <input type="checkbox"/>	11. Distichiasis/ciglia ectopiche	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(multi)focale <input type="checkbox"/> geografica <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	12. Distrofia corneale	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		13. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ipoplasi corioide <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Altro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		15. Degenerazione retinica (PRA)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	fibree latee <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>	16. Altro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					N.B. l'esenzione da oculopatie ereditarie non è permanente ma il cane deve essere rivalutato ogni 12 mesi		

*Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie *** Affetto, si evidenziano tali alterazioni
**Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomoniche. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi
****Vi sono alterazioni di lieve entità, si sospetta l'inizio di un'oculopatia ereditaria. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi

MALATTIA N° _____ Gonioscopia: anomalia L. Pectinatum lieve _____ moderata _____ grave _____

DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO _____

Nota: affetto da _____ basi ereditarie non definite in questa razza



DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO Dichiaro che: a) i dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al mio cane esaminato in data odierna b) autorizzo FSA a tenere e conservare nel proprio archivio copia del certificato e utilizzarlo a scopo scientifico-epidemiologico c) ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 30 Giugno 2003, n. 196, consento il trattamento dei dati personali riportati su questo certificato, nei limiti indicati dalla legge
Data 14/11/2018
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci _____

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260080356849 indicato sul Certificato genealogico e che da questa visita effettuata secondo il protocollo FSA è stato dichiarato: esente / unaffected affetto / affected
non definito / undetermined sospetto / suspicious
da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/by proven or presumed inherited eye diseases
Data 14/11/2018
Firma e timbro del certificatore _____
Dr. SARA SICCARDI
PANELLIST FSA-HED Aut. N. 30
PI 635 Cell. 349 3152181

Questo certificato è stato redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche e facendo riferimento alle liste delle oculopatie ereditarie o presunte tali pubblicate dall'European e American College of Veterinary Ophthalmologists. Lo stato di "affetto" determina l'esclusione dalla riproduzione per alcune malattie oculari ma non per tutte (vedasi indicazioni per ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificante.

Registrazione FSA: pratica FSA/HED n. 18/2930/00 Data: 05.02.19 Timbro FSA _____