

VISITA OCULISTICA DEL: 16/11/2018 CERTIFICATO N° 60/18 ESAMINATORE Dott. SICCARDI SARA n° aut FSA 30
CANE/DOG _____

Nome/Name HASAKI TEAM IKUYO Razza/breed AKITA INU
Sesso/sex F Nato il/date of birth 03/03/2018 Colore/color FULVO Microchip 688038000100951
Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no sì/yes _____ Data/date _____ Risultato/result _____
Esaminato/checked _____ Data/date _____ Risultato/result: esente/unaffected affetto/affected _____ non def-sosp/undet.-susp. _____

PROPRIETARIO / OWNER
Proprietario / owner ROCCATICCIOLI MARCO
Indirizzo / address VIA NAZIONALE 109, 55025 PIANO DI ORGIA (LUCCA)

Visita, protocollo obbligatorio: Midriatico Oftalmoscopia indiretta Biomicroscopia binoculare > 10x Esame pre-dilatazione x razza
Altre indagini: Esame pre-dilatazione _____ Oftalmoscopia diretta _____ Gonioscopia _____ Tonometria _____ Altro _____

Risultati per le malattie ritenute congenito/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

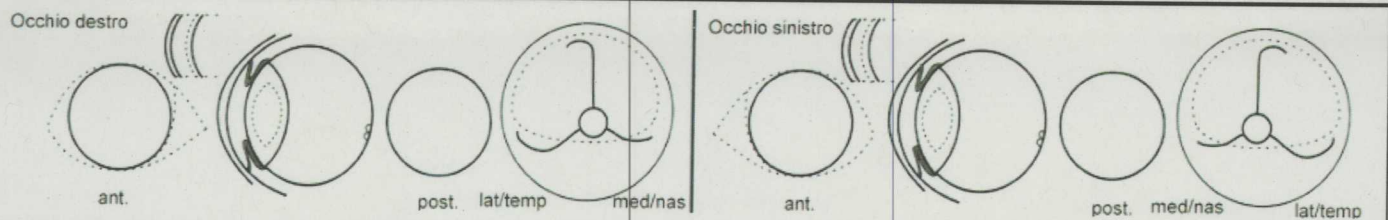
Esente * Non definito** Affetto ***			Esente* Sospetto**** Affetto***			
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina	<input checked="" type="radio"/>	<input 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"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input 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"/> nuc <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> epiteliale <input type="checkbox"/> stromale <input type="checkbox"/> endoteliale <input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input 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"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Altro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> fibrae latae <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<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 patognomiche. 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° _____
DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO _____
Gonioscopia: anomalia L. Pectinatum lieve moderata grave

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 16/11/2018
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci _____

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 688038000100951 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 16/11/2018
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. 181292960 Data: 05.02.19 Timbro FSA