

CERTIFICATO DI VISITA OCULISTICA PER LA DIAGNOSI DELLE MALATTIE OCULARI DI PROVATA O PRESUNTA ORIGINE EREDITARIA NEL CANE

OFFICIAL CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION FOR THE DIAGNOSIS OF PROVEN OR PRESUMED INHERITED EYE DISEASES IN DOGS

VISITA OCULISTICA DEL: 14/10/2016 **CERTIFICATO N°** 4016 **ESAMINATORE Dott.** SICCARDI SARA **n° aut FSA** 30
CANE/DOG
Nome/Name SEIKO-GO **Razza/breed** AKITA
Sesso/sex F **Nato il/date of birth** 19/05/2014 **Colore/color** TIGRATO **Microchip** 380260100048393
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.-susp.** _____

PROPRIETARIO / OWNER
Proprietario / owner TOGNELLI FLAVIO
Indirizzo / address LOC. BARUCCI 3/D, 55051 BARGA (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***

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Entropion/trichiasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Ectropion/macrolepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Distichiasis/ciglia ectopiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Distrofia corneale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ipoplasia n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Degenerazione retinica (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> grado 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gradi da 2 a 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cort <input type="checkbox"/> post pol <input type="checkbox"/> ant pol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sut <input type="checkbox"/> punct <input type="checkbox"/> nucl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (multi)focale <input type="checkbox"/> geografica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ipoplasia coroide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fibre lateae <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> epiteliale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stromale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> endoteliale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cort <input type="checkbox"/> post pol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ant pol <input type="checkbox"/> sut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> punct <input type="checkbox"/> nucl <input type="checkbox"/>

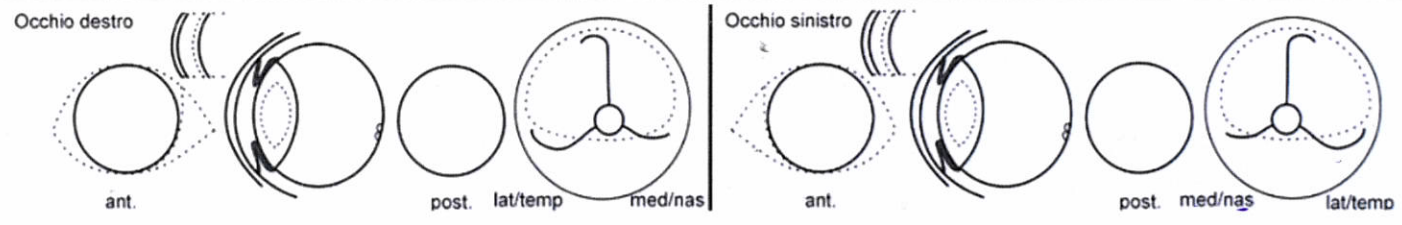
*Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie *** Affetto, si evidenziano tali alterazioni

**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 14/10/2016
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci Tognelli Flavio
DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260100048393 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 14/10/2016
Firma e timbro del certificatore
Dr. SARA SICCARDI
 PANE LIST FSA-HED Aut. N. 30
 P. 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. 162049/02 **Data:** 14/10/16 **Timbro FSA**