

VISITA OCULISTICA DEL: 17/8/22 CERTIFICATO N° 33 ESAMINATORE Dott. FARINA GIOVANNA n° aut FSA 3

CANE/DOG Nome/Name IL GRANAIO DEI MALESTIA MOUTH TO MOUTH Razza/breed LAGOTTO ROMAGNOLO

Sesso/sex F Nato il/date of birth 29/8/2021 Colore/color ARANCIO BIANCO Microchip 380260044465134

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 MONICA BENELLI

Indirizzo / address UA CA' CECCHINO 1 47834 MONTEFIORE CONCA (RN)

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

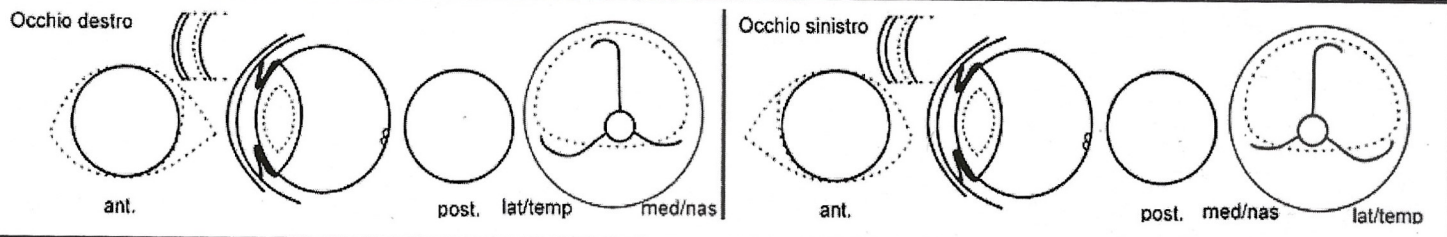
N.B. l'esenzione da oculopatie ereditarie non è permanente ma il cane deve essere rivalutato ogni 12 mesi

*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 17/8/22
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci _____

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260044465134 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 17/8/22
Firma e timbro del certificatore _____
Dott.ssa GIOVANNA FARINA
MEDICO VETERINARIO
n° iscr. Albo 203 PU

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 (vedi indicazioni per ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificante.