

VISITA OCULISTICA DEL: 14/9/22 CERTIFICATO N° 46 ESAMINATORE Dott. FARINAGIOVANNA n° aut FSA 3

CANE/DOG BAZOLO MELANCHOLIA

Nome/Name BAZOLO MELANCHOLIA Razza/breed LAGOTTO ROMAGNOLLO

Sesso/sex F Nato il/date of birth 31/7/20 Colore/color MARRONE ROANO Microchip 93109 8108 22 4888

Tatuaggio/tattoo _____ Test DNA _____ no_sil/yes _____ Data/date _____ Risultato/result _____

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

PROPRIETARIO / OWNER MONICA BENEVI

Proprietario / owner VIA CA' CECCHINO 1 47834 MONTEFIORE CONCA (RN)

Indirizzo / address VIA 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

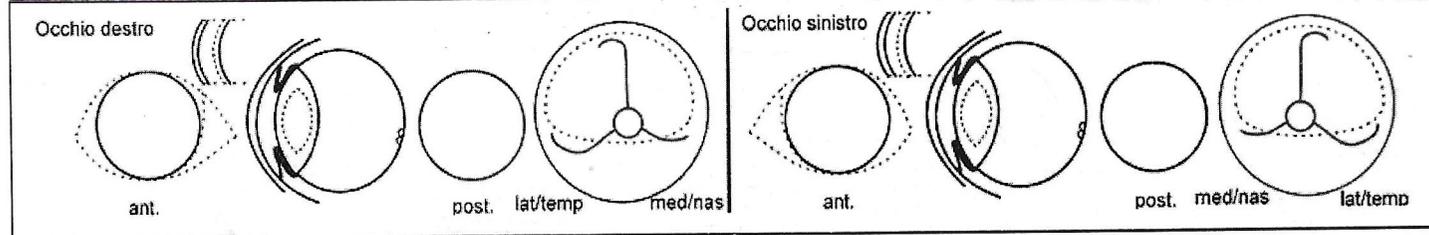
Risultati per le malattie ritenute ereditarie

	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"/>
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/macrolepharon	<input checked="" 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"/> nucl <input type="checkbox"/>	11. Distichiasi/ciglia ectopiche	<input checked="" 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"/>
5. Ipoplasia n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	ipoplasia coroide <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" 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"/>
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"/>

*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 14/9/22
Firma del proprietario o di chi ne fa le veci [Signature]

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 93109 8108 22 4888 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
Dott.ssa GIOVANNA FARINA
MEDICO VETERINARIO
n° iscr. Albo 203 PU
Data 14/9/22
Firma e timbro del certificatore [Signature]

Questo certificato è stato redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche e facendo riferimento alle liste delle oculopatie ereditarie o presunte, già pubblicate dall'European and 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.