FSA
Fondazione Salute Animale

FSA- Fondazione Salute Animale (Animal Health Foundation) via Trecchi 20 26100 Cremona, Italia

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: 17/8/22 **CERTIFICATO N°** 32 **ESAMINATORE Dott.** FARINA GIOVANNA **n° aut FSA** 3

CANE/*DOG*

Nome/*Name* IL GRANAIO DEI MALATESTA GELOSIA **Razza/*breed*** LAGOTTO ROMAGNOLO

Sesso/*sex* F **Nato il/*date of birth*** 7/2/2018 **Colore/*color*** BIANCO MARRONE **Microchip** 380260043493932

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* 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

	Esente *	Non definito**	Affetto ***	
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	✓	○	○	iride □ lente □ cornea□ lamina□
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	✓	○	○	grado 1□ gradi da 2 a 6□
3. Cataratta (congenita)	✓	○	○	cort□ post pol□ ant pol□ sut□punct□nucl□
4. Retina: displasia (RD)	✓	○	○	(multi)focale□ geografica□ totale□
5. Ipoplasia n.o./ Micropapilla	✓	○	○	
6.Collie Eye Anomaly (CEA)	○	○	○	ipoplasia coroide□ coloboma□altro□
7. Altro _____	○	○	○	
8. Anomalie L. Pectinatum	○	○	○	fibrae latae□ laminae□ occlusio□

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

	Esente*	Sospetto****	Affetto***	
9. Entropion/trichiasi	✓	○	○	
10. Ectropion/macroblepharon	✓	○	○	
11. Distichiasi/ciglia ectopiche	✓	○	○	
12. Distrofia corneale	✓	○	○	epiteliale□ stromale□ endoteliale□
13. Cataratta (non congenita)	✓	○	○	cort□ post pol□ ant pol□ sut□ punct□nucl□
14. Lussazione primaria lente	✓	○	○	
15. Degenerazione retinica (PRA)	✓	○	○	
16 Altro _____	○	○	○	

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

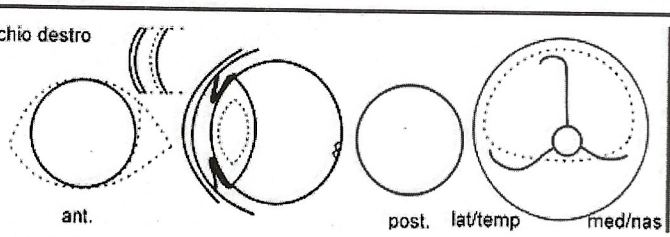
Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie * Affetto, si evidenziano tali alterazioni*
***Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomoniche. Riesaminare l'animale a distanza di_____mesi*
****Vi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

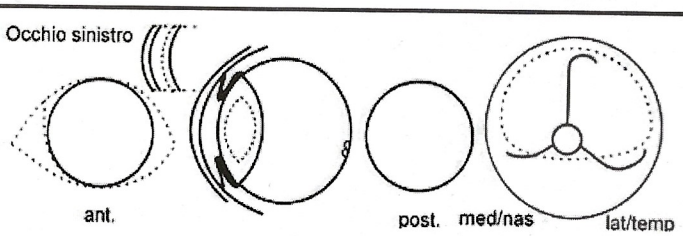
DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO _____

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

Occhio destro



Occhio sinistro



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° 380260043493932 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** / *sospicious* __ da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/*by proven or presumed inherited eye diseases*

Data 17/8/22

Dott.ssa GIOVANNA FARINA
MEDICO VETRINARIO
n° iscr. Albo 200 PU

Firma e timbro del certificatore _____

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. 22/703/06 ***Data:*** 15/10/22 ***Timbro FSA***

FSA
Fondazione Salute Animale
Via Trecchi, 20 - 26100 CREMONA