

DEPISTAGE RADIOGRAPHIQUE DE LA DYSPLASIE COXO-FEMORALE

(à remplir par le propriétaire)	
Nom du chien: Race: PICARD – BLEU – PONT AUDEMER N° Tatouage: N° LOF: Sexe: Date de naissance: Père du chien: Mère du chien:	Propriétaire: Adresse: Tél: Nom du Vétérinaire: Date de prise du cliché:

Identification infalsifiable du cliché	OUI	NON	Identification complète du cliché	OUI	NON
Radiographie latéralisée	OUI	NON	Parallélisme entre fémurs et fémurs-rachis :	OUI	NON
Extension et symétrie du bassin	OUI	NON	Rotules en position médiane :	OUI	NON
Rotules visibles	OUI	NON			

LECTURE DU CLICHE

	D	G		D	G		D	G
RAPPORTS ARTICULAIRES			Rebord acétabulaire cranial			MESURE DE L'ANGLE DE NORBERG-OLSSON		
Coaptation parfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enserrant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle supérieur ou égal à 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaptation acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rebord acétabulaire cranial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centre des T.F. médial au bord dorsal de l'acétabulum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaptation imparfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ouvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle compris entre 100 et 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pincement de l'interligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du rebord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle inférieur à 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sub-luxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	acétabulaire cranial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle inférieur à 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du rebord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COUVERTURE ACETABULAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACETABULUM			acétabulaire caudal			craniale correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TETE ET COL FEMORAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	craniale insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de profondeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme et volume normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsale correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evasé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microcéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsale insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose céphalique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Comblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du col fémoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

RESULTAT DE L'EXAMEN Classification FCI Circulaire 22/92 du 10/4/92	Analyse: Qualification internationale (correspondant à la hanche la plus mal cotée): <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> à le
A = Aucun signe de dysplasie coxo-fémorale B = Etat sensiblement normal C = Dysplasie légère (stade I) D = Dysplasie moyenne (stade II) E = Dysplasie sévère (stades III et IV)	D G

Nota: Au-delà du stade "C" la diffusion de l'information à la SCC ne se fera qu'après un accord écrit du propriétaire
 Adresse pour l'expédition des radiographie relatives à nos races:

Professeur MIMOUNI Philippe
 58 BD des Poumadères
 32600 L'ISLE JOURDAIN

Joindre :
 - Un chèque de 30 euros à l'ordre du Professeur Mimouni Philippe
 - Une enveloppe timbrée libellée à votre nom.
 - Une enveloppe timbrée libellée au Club de Race.
 - Une enveloppe au format de la radiographie, timbrée et libellée à votre adresse (retour documents le cas échéant).



CENTRALE
CANINE

EN 22.11-
V2

Fédération nationale
agrée par le
Ministère de
l'Agriculture

RECONNUE D'UTILITÉ
PUBLIQUE

DÉPISTAGE RADIOGRAPHIQUE OFFICIEL DE LA DYSPLASIE DE LA HANCHE, DU COUDE, DU RACHIS OU DE L'OSTÉOCHONDROSE DE L'ÉPAULE

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (*) Prénom (*)

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre

(*) Tél (**)

Courriel (**)

(*) Champs OBLIGATOIRES à remplir EN CAPITALES D'IMPRIMERIE (**) Champs facultatifs Certifie avoir pratiqué la (les) radiographie(s) (***) :

- des hanches
- des coudes
- du rachis
- des épaules

N° téléchargement du cliché numérique

Sur le chien :

Nom :

Affixe ou préfixe

(***) :

Race :

Sexe : Date de naissance:

Identification (***) :

- par tatouage numéro :

- par transpondeur numéro :

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Je certifie par ailleurs que la (les) radiographie(s) a (ont) été pratiquée(s) (***) :

- sous anesthésie générale ; N.D. de l'anesthésique :

- sous sédation profonde ; N.D. du sédatif :

- sans anesthésie (sauf pour les hanches)

(***) rayer les mentions inutiles

Fait à : le : / /

Signature et timbre du vétérinaire

Je soussigné(e)

domicilié(e)

.....
- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race et/ou à la Société centrale Canine pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui leur sont dévolues;

- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, d'intervention chirurgicale susceptible de modifier l'aspect radiologique des articulations concernées;

-certifie que ce chien n'a pas déjà fait l'objet d'une demande officielle de cliché de dépistage (sauf dans le cas d'un recours)

NB: les radiographies sont à envoyer avec ce document au club de race ou au lecteur officiel mais en aucun cas à la S.C.C. Après expertise, le lecteur officiel adresse son diagnostic accompagné des radiographies et de ce formulaire au club de race ou au propriétaire qui les transmettra au club de race.

Fait à :

le : /..... /.....

Signature du propriétaire du chien