



# ATTESTATION A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE LORS DE LA RECHERCHE DES AFFECTIONS HEREDITAIRES INVALIDANTES DES ORGANES DES SENS

(Ce document ne concerne pas les diagnostics par test génétique)

Club de race : .....

Nom (\*) : ..... Prénom (\*) : .....

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro (\*) : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

(\*) Pour permettre l'exploitation informatique par la SCC des résultats de cet examen, cette attestation devra obligatoirement comporter et de façon lisible : le nom, le prénom et le numéro d'inscription du praticien au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires.

Atteste avoir examiné le chien :

Nom : ..... Affixe : .....

Race : .....

Identifié - par tatouage numéro <sup>(1)</sup> : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- par puce électronique numéro <sup>(1)</sup> : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

## Résultats de l'examen :

Affections recherchées pour la race considérée (cocher dans la colonne de gauche les affections recherchées)	Abréviation	Examen pratiqué	Résultat
<input type="checkbox"/> Microphthalmie	MI	Examen clinique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Anomalie de l'œil du Colley	CEA	Examen ophtalmoscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Atrophie Progressive de la Rétine	PRA	Examen Electro rétinographique	Indemne à la date de l'examen/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Cécité nocturne stationnaire congénitale	csnb	Examen Electro rétinographique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Dysplasie de la Rétine	RDys	Examen ophtalmoscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Persistance du vitré primaire hyperplasique	PHPV	Examen biomicroscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Persistance de la tunique vasculaire hyperplasique du cristallin	PHTVL	Examen biomicroscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Cataracte congénitale	Cong Cat	Examen biomicroscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Autre Cataracte	Cat	Examen biomicroscopique	Indemne à la date de l'examen/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Luxation du Cristallin	PLL	Examen biomicroscopique	Indemne à la date de l'examen/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Persistance de la Membrane Pupillaire	PPM	Examen biomicroscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Goniodyplasie	GD	Examen gonioscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Glaucome	GI	Examen gonioscopique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Kérato-conjonctivite sèche congénitale	Cong KCS	Examen clinique	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Kérato-conjonctivite sèche non congénitale	KCS	Examen clinique	Indemne à la date de l'examen/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Kératite superficielle chronique	SKC	Examen biomicroscopique	Indemne à la date de l'examen/Atteint <sup>(1)</sup>
<input type="checkbox"/> Surdité	D	Examen électrophysiologique (PEA)	Indemne/Atteint <sup>(1)</sup>

(1) Rayer la mention inutile

Fait à : ..... le : .....

Signature du Vétérinaire

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné ..... accepte que ces résultats soient transmis à mon club de race pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection

Fait à : ..... le : .....

### Pour l'amélioration des races de chiens en France

155, avenue Jean-Jaurès  
93535 AUBERVILLIERS CEDEX - FRANCE  
Tél. : +33 (0)1 49 37 54 00 - Fax : +33 (0)1 49 37 01 20  
Fax Lof/Conf : +33 (0)1 49 37 55 99 - Fax FNC : +33 (0)1 49 37 13 20

Signature du Propriétaire du chien :