



DEPISTAGE RADIOGRAPHIQUE OFFICIEL DE LA DYSPLASIE DE LA HANCHE, DU COUDE, DU RACHIS OU DE L'OSTEOCHONDROSE DE L'EPAULE

Club de race :

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

Sur le chien :

Nom :

Affixe ou préfixe (**):

Race : Sexe : Date de naissance:

Identification (**):

- par tatouage numéro (1): | | | | | | | |

- par transpondeur numéro (1): | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e)

domicilié(e)

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui lui 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