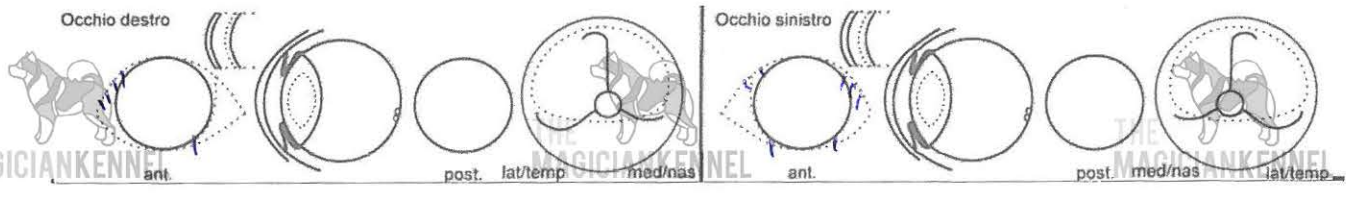


CANE Nome THEMAGLIANCOCOCHANEL CERTIFICATO N° 17/14
 Razza ALASKAN MALAMUTE
 Sesso F Data di nascita 16.08.2013 Colore GRIGIO LUPO
 ROI/RSR _____ Microchip 380260041105251 corretto errato _____ assente _____
 Tatuaggio _____ Test DNA: no si _____ Tipo/data: _____ Risultato: _____
 Già esaminato: no si _____ Risultato: esente _____ affetto _____ non definito/sospetto _____ Data: _____ Certificato N° _____

PROPRIETARIO
 Proprietario TOZZI FRANCO
 Indirizzo VIA PETRARCA 8 BASILICANOVA (PARMA)

Il sottoscritto conferma che il cane sottoposto alla visita è quello sopra descritto ed autorizza l'uso dei dati rilevati ai fini del progetto di controllo delle oculopatie ereditarie.
 Firma [Signature]

VISITA OCULISTICA Protocollo di base obbligatorio: Midriatico Oftalm. indiretta Biomicroscopia binoculare > 10x _____
 Facoltativo: Esame pre-dilatazione Oftalm. diretta Gonioscopia Tonometria Altro _____



DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO _____ MALATTIA N° _____ lieve _____ moderata _____ grave _____

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

RISULTATO	ESENTE *	NON DEFINITO **	AFFETTO ***
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	iride_lente_cornea_lamina _____
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	grado 1_ gradi da 2 a 6 _____
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	(multi)focale_geografica_totale _____
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	ipoplasi coroide_coloboma_altro _____
7. Altro _____	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
8. Anomalie L. Pectinatum	_____	_____	fibrae latae_laminae_occlusio _____

RISULTATI VALIDI PER 12 MESI PER:	ESENTE *	SOSPETTO ****	AFFETTO ***
11. Entropion/Trichiasi	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
12. Ectropion/Macrolepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
13. Distichiasi/Ciglia ectopiche	_____	_____	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Distrofia corneale	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
15. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	cortic_post_pol_ant_lin_sut_punct_nucl_
16. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
17. Degenerazione retina (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
18. Altro _____	<input checked="" 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
 **** Vi sono alterazioni di lieve entità, si sospetta l'inizio di un'oculopatia ereditaria. Riesaminare l'animale a distanza di _____ mesi

Il sottoscritto Dot. GIUSEPPE MILANI Medico Veterinario, in data 01.12.2014 ha esaminato l'animale sopra descritto in base allo schema di prevenzione delle oculopatie ereditarie FSA/SOVI
 Firma [Signature] Data 01.12.2014

Questo certificato è valido in base alle attuali conoscenze scientifiche. La lista delle oculopatie ereditarie che implicano l'esclusione dalla riproduzione selezionata dell'ENCI è definita dalla CTC dell'ENCI stesso in collaborazione con le società cinofile specializzate da esso riconosciute. Per le razze non sottoposte a riproduzione selezionata si fa riferimento alla lista delle oculopatie ereditarie pubblicata dall'American College of Veterinary Ophthalmologists. Si consiglia un riesame annuale per la diagnosi delle oculopatie ereditarie non congenite. Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del veterinario certificante.