



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

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

VISITA OCULISTICA DEL: 5/12/2016 CERTIFICATO N° 3 ESAMINATORE Dott. ANDREANI VALENTINA n° aut FSA 12 CANE/DOG

Nome/Name CRAZY IF WE DON'T KEEP YOU Razza/breed LABRADOR RETRIEVER

Sesso/sex F Nato il/date of birth 08/08/2011 Colore/color GIALLO Microchip 380260080103774

Tatuaggio/tattoo Test DNA no X si/yes Data/date Risultato/result

Esaminato/checked X Data/date 11/07/15 Risultato/result: esente/unaffected X affetto/affected non def-sosplundet.-susp.

PROPRIETARIO / OWNER Proprietario / owner SPACONE Mario Indirizzo / address via De Di Rienzo 56 Sanno 67038 (AR)

Visita, protocollo obbligatorio: Midriatico X Oftalmoscopia indiretta X Biomicroscopia binoculare > 10x X Esame pre-dilatazione x razza X Altre indagini: Esame pre-dilatazione Oftalmoscopia diretta Gonioscopia Tonometria Altro

Risultati per le malattie ritenute congenito/ereditarie

Risultati per le malattie ritenute ereditarie

Esente * Non definito** Affetto***

Esente* Sospetto**** Affetto****

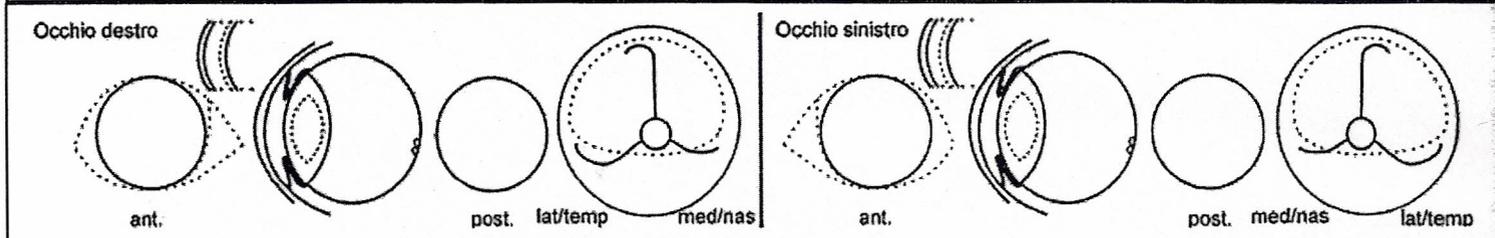
Table with 2 columns of eye conditions and 3 columns of response options (Esente, Non definito, Affetto). Includes items like Mem. Pupil. Persistens (PPM), Cataratta, Retina displasia, etc.

*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



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 5/12/2016 Firma del proprietario o di chi ne fa le veci Spacone Mario

DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260080103774 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 / suspected da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria / proven or presumed inherited eye diseases DR. VALENTINA ANDREANI MEDICO VETERINARIO Via Font. Anagnino, 120/D-00118 Roma ASL ROMA B N° ORD. 1780 P. IVA 09887251008 Tel. 333 9999062 Data 5/12/2016 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. Data: Timbro FSA

Ente: SPACONE MARIO

CRAZY IF WE DON'T KEEP YOU

Specie: Cane Razza: Labrador Retriever
sesso: femmina eta`: 5 anni

CHIP 380260080103774

Proprietario:

Cod. **29/330** del 25/11/16

Esame	Esito	U.Misura
-------	-------	----------

Genetica

EIC (collasso da esercizio)

MI 450 rev.00

Genotipo

MATRICE

Mutazione c.767G>T gene DNM1:
assente
Genotipo: N/N Sano Clear
Sangue intero

Dott.ssa Maria Elena Turba
Direttore sanitario

Medico Veterinario

Ordine dei Medici Veterinari Provincia Forlì/Cesena Iscrizione N. 618

NOTA INFORMATIVA

La sigla "MI" identifica un metodo interno, sviluppato dal Laboratorio. Il mittente e' responsabile per le corrette informazioni riguardanti il materiale inviato. Il Laboratorio non ne e' responsabile; inoltre ogni obbligo a risarcimento e' limitato al solo valore del test eseguito. I risultati del presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione sottoposto a prova.

Il rapporto di prova non puo' essere riprodotto parzialmente salvo approvazione scritta del Laboratorio.

La firma autografa e' sostituita dall'indicazione a stampa del soggetto responsabile ai sensi del art. 3 del D.Lgs 39/93



HIP-ELBOW DYSPLASIA – INTERNATIONAL CERTIFICATE *(displasia dell'anca e del gomito - certificato internazionale)*

X-RAYS MADE ON: *(radiografia eseguita il)*: **10/10/2012**

OF THE DOG *(del cane)*

BREED *(razza)* **LABRADOR RETRIVEVER**

NAME *(nome)* **CRAZY IF WE DON'T KEEP YOU**

SEX *(sesso)* **F** BIRTH DATE *(data di nascita)*: **08/08/11** STUDBOOK *(libro origini)*: **ROI**

REGISTRATION N° *(registrazione n°)*: **11/144211** TATOO/CHIP N° *(tatuaggio/microchip n°)*: **380260080103774**

OWNER *(proprietario)* **SPACONE MARIO**

ADDRESS *(indirizzo)* **VIA D. DI RIENZO 56- SCANNO (AQ)**

CLASSIFICATION: *(Classificazione)*:

HIP (ANCA)

A



C

D

E

ELBOW (GOMITO)



BL

1

2

3

CIRCLE THE RELEVANT
(cerchiare il corrispondente)

THE EVALUATION WAS MADE *(la lettura è stata eseguita)*

BY *(da)*

ON *(il)* **31/10/2012**

DR. ALDO VEZZONI

THE PROCEDURE HAS BEEN PERFORMED ACCORDING TO THE RULES OF F.C.I. - *(la procedura è stata eseguita secondo le disposizioni F.C.I.)*

SIGNATURE

(firma)



STAMP

(timbro)

FSA

Fondazione Salute Animale
Uffici: Palazzo Trecchi - 26100 Cremona
Tel. 0372.403511 - Fax 0372.497091