



SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE

- 1<sup>er</sup> formulaire à remettre au Club  
2<sup>e</sup> formulaire pour le lecteur officiel  
3<sup>e</sup> formulaire à remettre au client  
4<sup>e</sup> formulaire à conserver par la S.C.C.

Docteur Vétérinaire : Dr Regimbart 9725	N° de Certificat : 701
Adresse : 49240 Avrillé	Race : Berger Australien Nom : Bailey
Lecteur Officiel :	L.O.F. : 9266 Sexe : Femelle
Date radiographie : 26/08/2010	Tatouage : 2FGY785 Affixe : de Natyben
	Date de naissance : 13/10/2006

## COMPTE RENDU DE LECTURE D'UNE RADIOGRAPHIE DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA DYSPLASIE DE LA HANCHE

<b>I - TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE</b> Identification du cliché : <input checked="" type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non Conforme Raisons de la non conformité : ..... ..... Position radiologique : - Parallélisme fémoral (dans l'axe du rachis) et extension : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Symétrie pelvienne : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Rotation interne des fémurs : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Commentaires : ..... Radiographie : <input checked="" type="checkbox"/> Acceptable <input type="checkbox"/> Inacceptable <b>II - LECTURE</b> Tête (s) fémorale (s) et col : <table border="1"><tr><td>Normale</td><td><input checked="" type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Déformée</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Ostéophytoses</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Antéverson</td><td><input type="checkbox"/> OUI</td><td><input type="checkbox"/> NON</td></tr></table> Commentaires : ..... Acétabulum <table border="1"><tr><td>Normal</td><td><input checked="" type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Déformé</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Comble</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td>Ostéophytoses</td><td><input type="checkbox"/> OUI</td><td><input type="checkbox"/> NON</td></tr></table> Commentaires : .....	Normale	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Déformée	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Antéverson	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Déformé	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Comble	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<b>Couverture craniale</b> <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Bonne</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuffisante</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr></table> Commentaires : ..... <b>Couverture dorsale</b> <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Bonne</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuffisante</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr></table> Commentaires : ..... <b>Coaptation :</b> <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Bonne</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuffisante</td><td><input type="checkbox"/> OUI</td><td><input type="checkbox"/> NON</td></tr></table> Commentaires : ..... <b>Angle de Norberg Olsson</b> <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> &gt; 105°</td><td><input type="checkbox"/> 100 à 105°</td><td><input type="checkbox"/> &lt; 100°</td><td><input type="checkbox"/> à droite</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> &gt; 105°</td><td><input type="checkbox"/> 100 à 105°</td><td><input type="checkbox"/> &lt; 100°</td><td><input type="checkbox"/> à gauche</td></tr></table> Commentaires : ..... <b>III - QUALIFICATION</b> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> à droite</td><td><input checked="" type="checkbox"/> A</td><td><input type="checkbox"/> B</td><td><input type="checkbox"/> C</td><td><input type="checkbox"/> D</td><td><input type="checkbox"/> E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> à gauche</td><td><input type="checkbox"/> A</td><td><input checked="" type="checkbox"/> B</td><td><input type="checkbox"/> C</td><td><input type="checkbox"/> D</td><td><input type="checkbox"/> E</td></tr></table> <b>QUALIFICATION INTERNATIONALE</b> (Classement correspondant à la qualification de la plus mauvaise hanche) <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> A</td><td><input checked="" type="checkbox"/> B</td><td><input type="checkbox"/> C</td><td><input type="checkbox"/> D</td><td><input type="checkbox"/> E</td></tr></table> <b>IV - COMMENTAIRES DU LECTEUR</b> <b>OFFICIEL :</b> ..... Radiographie réalisée sous anesthésie générale M. Goyenvalle E. Radiographie et compte rendu, faits à Nantes (lieu), le 29-sept-10 (date) Dr Goyenvalle (nom du lecteur officiel) n° 23384 Signature et cachet du lecteur officiel	<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> > 105°	<input type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> > 105°	<input type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Normale	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Déformée	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Antéverson	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																																																																		
Normal	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Déformé	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Comble	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
Ostéophytoses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> > 105°	<input type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à droite																																																																	
<input type="checkbox"/> > 105°	<input type="checkbox"/> 100 à 105°	<input type="checkbox"/> < 100°	<input type="checkbox"/> à gauche																																																																	
<input type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E																																																															
<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E																																																															
<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E																																																																