



SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE

Docteur Vétérinaire : Dr Regimbart 9725
Adresse : 49240 Avrillé
Lecteur Officiel :
Date radiographie 26/08/2010

- 1^{er} formulaire à remettre au Club
2^e formulaire pour le lecteur officiel
3^e formulaire à remettre au client
4^e formulaire à conserver par la S.C.C.

N° de Certificat : 701
Race : Berger Australien Nom : Bailey
L.O.F. : 9266 Sexe : Femelle
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

I - TECHNIQUE RADIOPHOTOGRAPHIQUE

Identification du cliché : Conforme Non Conforme

Raisons de la non conformité :
.....
.....

Position radiologique :

- Parallélisme fémoral (dans l'axe du rachis)
et extension : OUI NON
- Symétrie pelvienne : OUI NON
- Rotation interne des fémurs : OUI NON
- Commentaires :

Radiographie : Acceptable Inacceptable

II - LECTURE

Tête (s) fémorale (s) et col :

Normale	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Déformée	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Ostéophytoses	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Antéversion	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Acétabulum

Normal	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Déformé	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Comble	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Ostéophytoses	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Couverture crâniale

Bonne	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Insuffisante	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche

Commentaires :

Couverture dorsale

Bonne	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Insuffisante	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche

Commentaires :

Coaptation :

Bonne	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Insuffisante	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires :

Angle de Norberg Olsson

<input checked="" type="checkbox"/> > 105°	<input checked="" type="checkbox"/> 100 à 105°	<input checked="" type="checkbox"/> < 100°	<input checked="" type="checkbox"/> à droite
<input checked="" type="checkbox"/> > 105°	<input checked="" type="checkbox"/> 100 à 105°	<input checked="" type="checkbox"/> < 100°	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche

Commentaires :

III - QUALIFICATION

<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E
<input checked="" type="checkbox"/> à gauche	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E

QUALIFICATION INTERNATIONALE

(Classement correspondant à la qualification de la plus mauvaise hanche) A B C D E

IV - COMMENTAIRES DU LECTEUR

OFFICIEL :

Radiographie réalisée sous anesthésie générale A B C D E

Radiographie et compte rendu,

faits à Nantes (lieu), le 29-sept-10. (date)

Dr Goyenvalle (nom du lecteur officiel)

n°23384 (numéro de l'écriture)

Signature et cachet du lecteur officiel