



DEPISTAGE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Conformément à l'article 5.6 de l'annexe PCES du Club Suisse des Chiens de Races Naines, l'examen de la luxation de la rotule a été effectué sur le chien identifié ci-dessous. Pour l'examen les chiens doivent être tatoués ou munis d'un microchip.

Instructions pour le propriétaire : veuillez apporter l'original du certificat d'ascendance (pedigree) lors de l'examen. Complétez vous-même la première partie du formulaire. Par votre signature, vous confirmez l'identité du chien et certifiez qu'aucune opération n'a été effectuée sur les membres postérieurs.

Propriétaire/éleveur

Nom:	
Adresse	
NPA/Domicile:	
Téléphone:	

Indications concernant le chien examiné

Race:	<input type="checkbox"/> première contrôle	<input type="checkbox"/> contrôle ultérieur
Nom du chien:	<input type="checkbox"/> mâle	<input type="checkbox"/> femelle
No LOS:	Quelles opérations le chien a-t-il subiés à ce jour:	
No Tatouage/Microchip:		
Date de naissance:	Nombre de portées à ce jour:	
Poids:	Nombre de chiots nés:	
No LOS du père:	Signature du propriétaire:	
No LOS de la mère:		

Examen clinique par le vétérinaire

Condition:	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> satisfaisante	<input type="checkbox"/> pas en condition de reproduire
Suspicion de maladie systémique:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, laquelle:	
Suspicion de maladie cardiovasculaire:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, laquelle:	
Suspicion de maladie respiratoire:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, laquelle:	
Suspicion de maladie héréditaire:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, laquelle:	
Fontanelle persistante:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, dimension: Ø mm	

Luxation de la rotule

	gauche	droite
Luxation:	<input type="checkbox"/> pas de luxation <input type="checkbox"/> médiale <input type="checkbox"/> latérale	<input type="checkbox"/> pas de luxation <input type="checkbox"/> médiale <input type="checkbox"/> latérale
Degré de luxation:	<input type="checkbox"/> degré 1 <input type="checkbox"/> degré 2 <input type="checkbox"/> degré 3 <input type="checkbox"/> degré 4	<input type="checkbox"/> degré 1 <input type="checkbox"/> degré 2 <input type="checkbox"/> degré 3 <input type="checkbox"/> degré 4
Examen effectué:	<input type="checkbox"/> sans sédation	<input type="checkbox"/> avec sédation

Le vétérinaire soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du chien, que le pedigree original lui a été présenté et que l'original du présent rapport sera adressé à l'autorité d'enregistrement.

Timbre du vétérinaire:

Signature:

Date:

Postadresse/ adresse postale

Postfach 8276
3001 Bern

Geschäftsstelle/ Secrétariat

Länggassstr. 8
3012 Bern
Tel. 031 306 62 62
Fax 306 62 60
PC 30-22569-2
skg@hundeweb.org
scs@chienweb.org





Examen des membres postérieurs et des grassetts

page 2

Nom du chien: _____

No LOS: _____

	gauche	droite
Existe-t-il und boiterie manifeste ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> intermittente <input type="radio"/> permanente	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> intermittente <input type="radio"/> permanente
Existe-t-il des douleurs manifestes du grasset ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
Existe-t-il une mobilité restreinte du membre ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> hanche <input type="radio"/> grasset	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> hanche <input type="radio"/> grasset
Existe-t-il une instabilité du grasset (rupture des ligaments croisés) ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
Existe-t-il une hypotrophie de la musculature de la cuisse ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
Résultats radiographiques (facultatifs): existe-t-il des altérations des contours osseux ?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui, laquelle:	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui, laquelle:

Remarques

Répartition des feuilles du formulaire d'examen

Original, 1ère page:	Propriétaire
1ère copie, 1ère page :	Club de race
2ème copie, 1ère page, 2ème page :	vétérinaire pour ses archives