



SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE

- 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.

Docteur Vétérinaire : *Reves*
 Adresse : *70 La Grenelle Yvelines*
 Lecteur Officiel : *Dr Chaudieu*

N° de Certificat :
 Race : *Border Collie* Nom : *Nell*
 L.O.F. : Sexe : *female*
 Tatouage : *989 001 00 534611* Affixe :
 Date de naissance : *26-4-10*

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

I - TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE

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 type="checkbox"/> à droite	<input 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 type="checkbox"/> à droite	<input 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 craniale

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

Commentaires : *limite droite*

Couverture dorsale

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

Commentaires :

Coaptation :

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

Commentaires :

Angle de Norberg Olsson

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

Commentaires :

III - QUALIFICATION

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

<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E
---------------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

IV - COMMENTAIRES DU LECTEUR

OFFICIEL : *GILLES CHAUDIEU*
 Docteur Vétérinaire
 N° 5333

Radiographie et compte rendu,
 faits à *Chandieu* (lieu), le *22-5-13* (date)
Chandieu (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel