



Docteur Vétérinaire : Dr Wurtz 15958  
 Adresse : 90000 Belfort  
 Date radiographie : 12/03/2019

N° de Certificat : 1565  
 Race : Berger Islandais Nom : Roxy's Esja  
 L.O.F. : Sexe : Femelle  
 Tatouage : 756098502011132 Affixe :  
 Date de naissance : 11/03/2018

## 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 : .....

Dossier numérique 264229 .....

**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 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
Antéversion	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires : .....

**Acétabulum**

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

Commentaires : .....

**Couverture craniale**

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

Commentaires : .....

**Couverture dorsale**

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

Commentaires : .....

**Coaptation :**

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

Commentaires : .....

**Angle de Norberg Oisson**

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

Commentaires : .....

**III - QUALIFICATION**

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

Radiographie et compte rendu,  
 faits à Nantes (lieu), le 05-avr.-19 (date)  
 Dr Goyenvallé n°23384 (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel