

DEPISTAGE RADIOGRAPHIQUE DE LA DYSPLASIE COXO-FEMORALE

Nom du vétérinaire: Wurtz 15958 Race: Chien de Berger Islandais Nom de l'animal: T'Sibérie Nuance de la F
 Adresse du vétérinaire 90160 Pérouse LOF: 1305/179 Sexe: Femelle
 Date des clichés: 27/11/2023 N° Tatouage: 250269591169474 Affixe: Nuance de la Fleur de Vie
N° Vetsxl 2044893 Date de naissance:26/09/2022
 Nom propriétaire: Adresse propriétaire:

Identification du cliché	Conforme <input checked="" type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>	Position radiologique	
- Raisons de la non conformité <small>Le N° de puce est absent mais le N° de LOF est inscrit</small>			- Parallélisme fémoral (dans l'axe du rachis) et extension : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Etat de vigilance	AG <input checked="" type="checkbox"/>	Sed <input type="checkbox"/>	Vig <input type="checkbox"/>	NP <input type="checkbox"/>
RADIOGRAPHIE			- Symétrie pelvienne : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ACCEPTABLE <input checked="" type="checkbox"/>	NON ACCEPTABLE <input type="checkbox"/>		- Rotation interne des fémurs : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			- Commentaires :	

Lecture du Cliché (FCI Copenhague 2022)

Tête et Col fémoraux

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Normal.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Déformé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ostéophytes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>O. Céphalique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>O. Col fémoral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Commentaires :

Densification de la POSC*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Couverture Dorsale

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bonne.....

- Insuffisante.....

- Commentaires :

Acétabulum

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Normal.....

- Déformé.....

- Comblé.....

- Ostéophytose.....

sur rebord cranial.....

sur rebord caudal.....

- Commentaires :

Position du CTF* / au RAD*

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- CTF médial / RAD.....

- CTF superposé au RAD.....

- CTF latéral / RAD.....

Coaptation

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bonne.....

- Insuffisante.....

 - Pincement de l'interligne.....

 - (Sub) Luxation

- Commentaires :

Couverture Craniale

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bonne.....

- Insuffisante.....

Rebord cranial

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

enserrant.....

parallèle.....

ouvert.....

- Commentaires :

Angle de Norberg-Olson (à titre de référence)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 105°	100°	105°	<100°	<90°

DROIT

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 105°	100°	105°	<100°	<90°

GAUCHE

- Commentaires :

RESULTAT DE L'EXAMEN	Qualification internationale (hanche la plus mal côtéée)																						
<table border="0"> <tr> <td>DROIT</td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>B <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>C <input type="checkbox"/></td> <td>D <input type="checkbox"/></td> <td>E <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>GAUCHE</td> <td>A <input type="checkbox"/></td> <td>B <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>C <input type="checkbox"/></td> <td>D <input type="checkbox"/></td> <td>E <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	DROIT	A <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	GAUCHE	A <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Nantes, le 30-déc.-23</p> <p><i>Dr Goyenvaille n°23384</i></p>	A	B	C	D	E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DROIT	A <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>																		
GAUCHE	A <input type="checkbox"/>	B <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>																		
A	B	C	D	E																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
- Commentaires : Radiographie réalisée sous anesthésie gé																							

* AG anesthésie générale ; Sed sédation ; Vig Vigile ; POSC plaque osseuse sous-chondrale ; CTF centre de la tête du fémur ; RAD rebord acétabulaire dorsal