

RECHERCHE DE NECROSE ASEPTIQUE DE LA TETE FEMORALE

Maladie de Legg - Calvé - Perthes

Yorkshire Terrier Club

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (*) Prénom (*)

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre (*)

Tél (**)

Courriel (**)

• Certifie avoir examiné selon les règles acquises de la science, le chien :

Nom :

Affixe ou préfixe (***) :

Race : Sexe : Date de naissance :

Identification (*) :

- par tatouage numéro ⁽¹⁾:

- par transpondeur numéro ⁽¹⁾:

- Certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.
- Certifie avoir pratiqué la radiographie de face pour le dépistage de la maladie de Legg - Calvé - Perthes avec présence des rotules au zénith, latéralisation droite/gauche et identification du chien inscrit sur la radio.
- Certifie avoir fourni la radiographie sous forme numérique ou film radiographique.

Fait à : le : / /

Signature du vétérinaire

(*) Champs OBLIGATOIRES à remplir EN CAPITALES D'IMPRIMERIE (**) Champs facultatifs (***) Si applicable (1) Rayer la mention inutile

PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e)

domicilié(e)

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race qui les transmettra à la Société Centrale Canine, pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui leurs sont dévolues;

- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptible de modifier les conclusions de l'examen;

NB: ce document est à envoyer au club de race et non à la S.C.C.

Fait à : le : / /

Signature du propriétaire du chien

PARTIE A REMPLIR PAR LE LECTEUR

Résultats de l'examen:

Sujet indemne ⁽¹⁾ gauche droite

Sujet atteint ⁽¹⁾ gauche droite

(1) Rayer la (les) mention(s) inutile(s)

Fait à : le : / /

Signature et timbre du vétérinaire