



# CERTIFICAT DE DEPISTAGE DES MALADIES HEREDITAIRES OCULAIRES CANINES

Protocole en accord  
avec la Société Centrale Canine  
et les clubs de races

N° 00024109

## Animal

Nom: ENJOY BLACK Race: Berger Australien Shepherd Sexe: femelle Né(e) le: 17/07/2009  
N° LOF: N° transpondeur: 250269602728933 N° tatouage:  
Existence d'un certificat antérieur:  Oui  Non Conclusion antérieure: Indemne

## Maladie(s) héréditaire(s) oculaire(s) canine(s) recherchée(s)

Cataracte Colobome de la papille du nerf optique  
Dégénérescences rétinienne(s) progressives Dysplasie-Hyoplasie choroïdienne

## Propriétaire

Madame LAMARCHE FRANCOISE demeurant à: VIREMONT  
Code postal: 39240 Ville: CERNON

Signature:

"Je soussigné certifie avoir eu connaissance des conditions de l'examen pratiqué sur mon chien et m'engage à faire parvenir copie de ce certificat au Club de race."

## Examen

effectué le: 18/03/2013 à NEUVILLE S

### Techniques imposées:

Mydriase, Ophtalmoscopie indirecte et biomicroscopie binoculaire

### Techniques optionnelles:

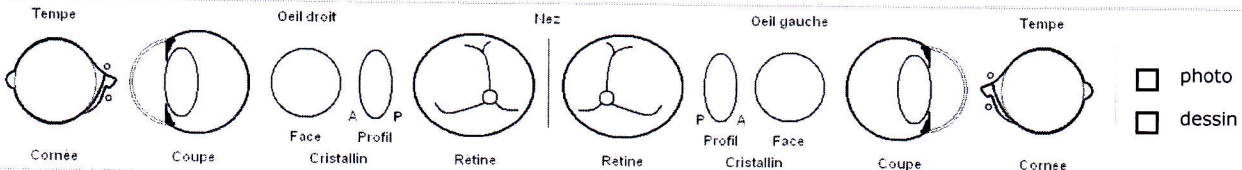
- Ophtalmoscopie directe  Gonioscopie  
 Tonométrie  ERG  
 Angiographie fluores  Echo-ophtalmographie

### N° tatouage

- correct  
 partiellement visible  
 incorrect  
 absent

### N° transpondeur

- correct  
 incorrect  
 absent



## Conclusion

Cet animal a été trouvé INDEMNÉ de maladies oculaires canines, présumées ou reconnues héréditaires, à ce jour

|                                   | Indemne                             | Douteux<br>**            | Atteint                  |   | Indemne                             | Suspect<br>***                      | Atteint                  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Microphtalmie chien d'un an mini. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entropion   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Persistance Membrane Pupillaire   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ectropion   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Goniodysplasie                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trichiasis  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| PHTVL / PHPV                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Distichiasis  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Cataracte congénitale             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dystrophie cornéenne  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Dysplasie de rétine               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> focal<br><input type="checkbox"/> géo.<br><input type="checkbox"/> total | Cristallin : cataracte              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hyoplasie de la papille           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cristallin : luxation   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Dysplasie-hyoplasie choroïdienne  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dégénérescence rétinienne progressive   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Colobome de la papille            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                                     |                                     |                          |

\*\* L'animal a des signes qui peuvent correspondre à l'affection, mais ils sont trop peu significatifs.  
\*\*\* L'animal a des signes mineurs spécifiques de l'affection. A revoir dans 12 mois

Commentaire(s):

## Cachet et signature

**CLINIQUE VÉTÉRINAIRE**  
Dr P. PASCAL - Dr O. JONGH  
2, rue Jacques  
69250 NEUVILLE S/SAÔNE  
04 78 91 31 91

## Vétérinaire

Dr. JONGH OLIVIER, n°national: 11469, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus pour la recherche de maladies héréditaires oculaires canines.

Certificat émis le: 18/03/2013

- exemplaire remis au propriétaire pour ses archives -