



SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE

- 1<sup>er</sup> formulaire à remettre au Club
- 2<sup>e</sup> formulaire pour le lecteur officiel
- 3<sup>e</sup> formulaire à remettre au client
- 4<sup>e</sup> formulaire à conserver par la S.C.C.

Docteur Vétérinaire : **PORCHERON**  
 Adresse : **73000 CHAMBERY**  
 Lecteur Officiel : **MIGNOT**

N° de Certificat : **93**  
 Race : **LEONBERG** Nom : **LIANGEL HOONRAKER**  
 L.O.F. : **250581 5460** Sexe : **F**  
 Tatouage : **2FDN 068** Affixe : **du DOYAIN de la PONTCHAISON**  
 Date de naissance : **24-03-07**

## 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 : *limité*

Radiographie :  Acceptable  Inacceptable

**II - LECTURE**

Tête (s) fémorale (s) et col :

<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Déformée	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Ostéophytes	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Antéversion	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires : .....

Acétabulum

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Déformé	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Comble	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Ostéophytes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires : .....

Couverture craniale  Bonne  à droite  à gauche  
 Insuffisante  à droite  à gauche

Commentaires : .....

Couverture dorsale  Bonne  à droite  à gauche  
 Insuffisante  à droite  à gauche

Commentaires : .....

Couptation :  Bonne  à droite  à gauche  
 Insuffisante  OUI  NON

Commentaires : .....

Angle de Norberg Olsson

<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 : *Aucun signe de dysplasie coxo-fémorale*

Radiographie et compte rendu, faits à *Tours* (lieu), le *20-01-09* (date)  
*D.G. MIGNOT* (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel *[Signature]*

D. GÉRARD MIGNOT  
 VÉTÉRIINAIRE  
 37000 TOURS Tél. 0247.60.71.94