



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 : *Herve*  
 Adresse : *78 la Gravelle les Yvelines*  
 Lecteur Officiel : *D<sup>r</sup> Chaudieu*

N° de Certificat :  
 Race : *Border Collie* Nom : *Jim*  
 L.O.E. : Sexe : *Mâle*  
 Tatouage : *989 000 002 42571* Affixe :  
 Date de naissance : *18-4-08*

## 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 : .....

Radiographie :  Acceptable  Inacceptable

**II - LECTURE**

Tête (s) fémorale (s) et col :

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

Commentaires : .....

**Acétabulum**

Normal	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Déformé	<input checked="" type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
Comble	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
Ostéophytoses	<input checked="" 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 : .....

**Coaptation :**  Bonne  à droite  à gauche  
 Insuffisante  OUI  NON

Commentaires : .....

**Angle de Norberg Olsson**

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

Commentaires : .....

**III - QUALIFICATION**

<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> à gauche	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" 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 : **Gilles CHAUDIEU**  
 Docteur Vétérinaire  
 2, place Beaulieu  
 93400 CHAMALIÈRES  
 Tél : 04 73 31 11 88

Radiographie et compte rendu,  
 faits à *Champeris* (lieu), le *22/7/2014* (date)  
*Chaudieu* (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel