

VISITA OCULISTICA DEL: 20/10/2022 CERTIFICATO N° 112 ESAMINATORE Dott. FRIZZO CINZIA n° aut FSA 22

**CANE/DOG**

Nome/Name CINIA KABADULA Razza/breed LAPINKOIRA  
 Sesso/sex F Nato il/date of birth 11/10/2019 Colore/color LUPO Microchip 941000024528992  
 Tatuaggio/tattoo \_\_\_\_\_ Test DNA P<sub>2</sub>cd - PRA no. sì/yes  Data/date 20/10/21 Risultato/result N/N  
 Esaminato/checked  Data/date 15/05/21 Risultato/result: esente/unaffected  affetto/affected \_\_\_ non def-sosp/undet.-susp. \_\_\_

**PROPRIETARIO / OWNER**

Proprietario / owner BASSAN MICHAEL  
 Indirizzo / address VIA MONTEGRAPPA 43 36010 ZANÈ (VI)

Visita, protocollo obbligatorio: Midriatico  Oftalmoscopia indiretta  Biomicroscopia binoculare > 10x  Esame pre-dilatazione x razza \_\_\_  
 Altre indagini: Esame pre-dilatazione  Oftalmoscopia diretta \_\_\_ Gonioscopia \_\_\_ Tonometria \_\_\_ Altro \_\_\_

**Risultati per le malattie ritenute congenite/ereditarie**

**Risultati per le malattie ritenute ereditarie**

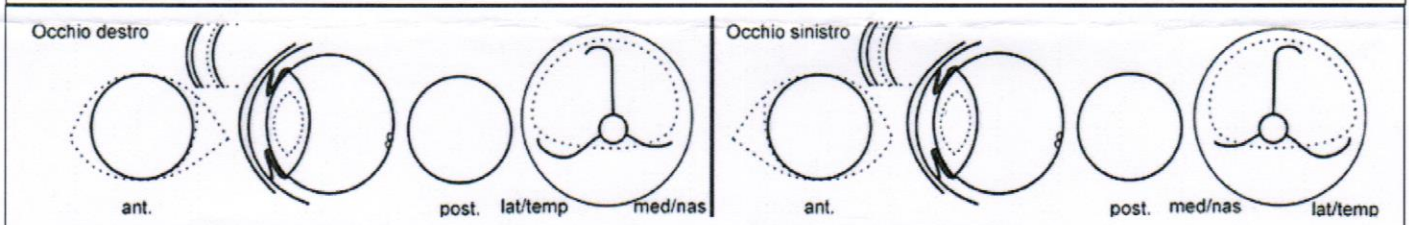
	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto****
1. Mem. Pupil. Persistens (PPM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iride <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> cornea <input type="checkbox"/> lamina <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grado 1 <input type="checkbox"/> gradi da 2 a 6 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cort. <input type="checkbox"/> post pol. <input type="checkbox"/> ant pol. <input type="checkbox"/> sut. <input type="checkbox"/> punct. <input type="checkbox"/> nucl. <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(multi)focale <input type="checkbox"/> geografica <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ipoplasi n.o./ Micropapilla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipoplasi corioide <input type="checkbox"/> coloboma <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Altro _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fibrae latae <input type="checkbox"/> laminae <input type="checkbox"/> occlusio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Entropion/trichiasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ectropion/macroblectopharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Distichias/ciglia ectopiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Distrofia corneale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cataratta (non congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Degenerazione retinica (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie \*\*\* Affetto, si evidenziano tali alterazioni  
 \*\*Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomoniche. Riesaminare l'animale a distanza di \_\_\_\_\_ mesi  
 \*\*\*\*Vi sono alterazioni di lieve entità, si sospetta l'inizio di un'oculopatia ereditaria. Riesaminare l'animale a distanza di \_\_\_\_\_ mesi

MALATTIA N° \_\_\_\_\_ **Gonioscopia: anomalia L. Pectinatum lieve \_\_ moderata \_\_ grave \_\_**

DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO \_\_\_\_\_

Nota: affetto da \_\_\_\_\_ basi ereditarie non definite in questa razza



**DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO** Dichiaro che: a) i dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al mio cane esaminato in data odierna b) autorizzo FSA a tenere e conservare nel proprio archivio copia del certificato e utilizzarlo a scopo scientifico-epidemiologico c) ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 30 Giugno 2003, n. 196, consento il trattamento dei dati personali riportati su questo certificato, nei limiti indicati dalla legge  
 Data 20/10/2022  
 Firma del proprietario o di chi ne fa le veci Balardin Alessandra

**DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO** Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 941000024528992 indicato sul Certificato genealogico e che da questa visita effettuata secondo il protocollo FSA è stato dichiarato: **esente / unaffected**  **affetto / affected** \_\_\_  
**non definito / undetermined** \_\_\_ **sospetto / suspicious** \_\_\_  
 da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/by proven or presumed inherited eye diseases  
 D.ssa **FRIZZO CINZIA**  
 Via Campagnola, 19/B - 36015 Schio (VI)  
 Numero di iscrizione Albo: 307 - VI  
 Data 20/10/2022  
 Firma e timbro del certificatore \_\_\_\_\_

Questo certificato è stato redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche e facendo riferimento alle liste delle oculopatie ereditarie e presunte tali pubblicate dall'European e American College of Veterinary Ophthalmologists. Lo stato di "affetto" determina l'esclusione dalla riproduzione per alcune malattie oculari ma non per tutte (vedasi indicazioni per ciascuna razza). Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del medico veterinario certificante.

Registrazione FSA: pratica FSA/HED n. 22/2080195 Data: 12/12/22 Timbro FSA