

VISITA OCULISTICA DEL: 20/10/2022 CERTIFICATO N° 113 ESAMINATORE Dott. FRIZZO CINZIA n° aut FSA 22  
CANE/DOG

Nome/Name SHERLOCK Razza/breed LAPINKOIRA  
Sesso/sex M Nato il/date of birth 28/12/2017 Colore/color TRICOLORO Microchip 380260043385845  
Tatuaggio/tattoo \_\_\_\_\_ Test DNA Pred-PRA no. si/yes X Data/date 18/06/19 Risultato/result N/N  
Esaminato/checked X Data/date 15/05/21 Risultato/result: esente/unaffected X affetto/affected non def-sosp/undet.-susp. \_\_\_\_\_

**PROPRIETARIO / OWNER**

Proprietario / owner BASSAN MICHAEL  
Indirizzo / address VIA MONTEGRAPPA 43 36060 ZANE (VI)

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

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

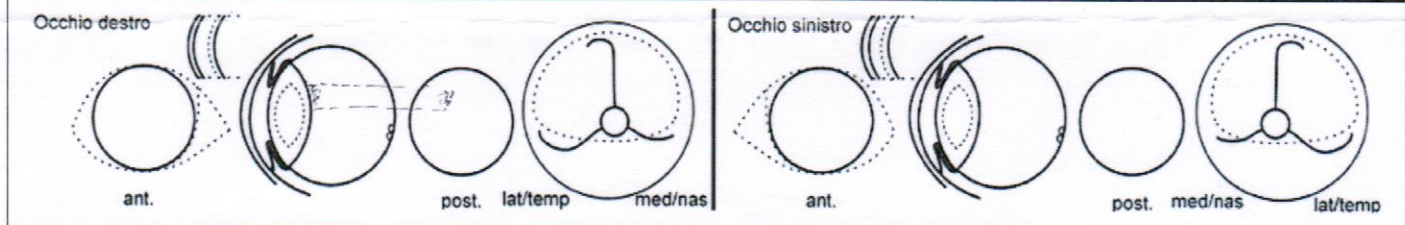
**Risultati per le malattie ritenute ereditarie**

	Esente *	Non definito**	Affetto ***		Esente*	Sospetto****	Affetto***
1. Mem. Pupil. Persists (PPM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Entropion/trichiasi	<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"/>	10. Ectropion/macroblypharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cataratta (congenita)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Distichias/ciglia ectopiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retina: displasia (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Distrofia corneale	<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"/>	13. Cataratta (non congenita)	<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"/>	14. Lussazione primaria lente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Altro _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Degenerazione retinica (PRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anomalie L. Pectinatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Altro _____	<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 OPACITÀ MINUTE SU CAPSULA POSTERIORE ORELLA OD

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 Bassan Michael

**DICHIARAZIONE DEL VETERINARIO** Confermo che il cane ha il microchip-tatuaggio n° 380260043385845 indicato sul Certificato genealogico e che da questa visita effettuata secondo il protocollo FSA è stato dichiarato: esente / unaffected X affetto / affected \_\_\_\_\_  
non definito / undetermined \_\_\_\_\_ sospetto / suspicious \_\_\_\_\_  
da malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria/by proven or presumed inherited eye diseases  
Data 20/10/2022  
Firma e timbro del certificatore D.ssa FRIZZO CINZIA  
Via Campagna, 19/B - 36015 Soho (VI)  
Numero di iscrizione Albo: 307 - VI

Questo certificato è stato redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche e facendo riferimento alle liste delle oculopatie ereditarie o 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. 22/2081/06 Data: 12/12/22 Timbro FSA