

# CLUB DES EPAGNEULS DE PICARDIE & PONT AUDEMER

27 Rue du Château 80260 MONTIGNY SUR L'HALLUE

## DEPISTAGE DE DYSPLASIE

A faire chez votre vétérinaire dès l'âge d'un an révolu.

### IDENTIFICATION

(à remplir par le propriétaire)

NOM .....Prénom.....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

Téléphone..... FAX.....

Ascendance du Chien: - Père : .....

- Mère : .....

### ATTESTATION DE TATOUAGE

(à remplir par le vétérinaire)

Je soussigné (nom) .....Docteur Vétérinaire,

Exerçant à (adresse) .....

Numéro d'ordre Vétérinaire: .....

#### Certifie :

➤ Avoir vérifié personnellement le tatouage portant le n°.....

du chien (nom) .....(affixe)..... Sexe M / F(\*).

Race..... né le..... LOF n°.....

➤ Avoir pratiqué la radiographie sur ce chien le :.....

- sous sédation (\*)
- sous anesthésie générale (\*)

Fait à ..... le.....

Le Docteur Vétérinaire,

(\*) : rayer les mentions inutiles et compléter éventuellement par le médicament utilisé.

# DEPISTAGE RADIOGRAPHIQUE DE LA DYSPLASIE COXO-FEMORALE

(à remplir par le propriétaire)	<b>Nom du chien:</b> <b>Race:</b> PICARD – BLEU – PONT AUDEMER <b>N° Tatouage:</b> <b>N° LOF:</b> <b>Sexe:</b> <b>Date de naissance:</b> <b>Père du chien:</b> <b>Mère du chien:</b>	<b>Propriétaire:</b> <b>Adresse:</b>  <b>Tél:</b> <b>Nom du Vétérinaire:</b>  <b>Date de prise du cliché:</b>
---------------------------------	---	---

Identification infalsifiable du cliché	OUI	NON	Identification complète du cliché	OUI	NON
Radiographie latéralisée	OUI	NON	Parallélisme entre fémurs et fémurs-rachis :	OUI	NON
Extension et symétrie du bassin	OUI	NON	Rotules en position médiane :	OUI	NON
Rotules visibles	OUI	NON			

## LECTURE DU CLICHE

	D	G		D	G		D	G
<b>RAPPORTS ARTICULAIRES</b>						<b>MESURE DE L'ANGLE DE NORBERG-OLSSON</b>		
Coaptation parfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rebord acétabulaire cranial enserrant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle supérieur ou égal à 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaptation acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rebord acétabulaire cranial ouvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centre des T.F. médial au bord dorsal de l'acétabulum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaptation imparfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du rebord acétabulaire cranial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle compris entre 100 et 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pincement de l'interligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du rebord acétabulaire caudal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle inférieur à 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sub-luxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Angle inférieur à 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>TETE ET COL FEMORAUX</b>			<b>COUVERTURE ACETABULAIRE</b>		
<b>ACETABULUM</b>			Forme et volume normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	craniale correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microcéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	craniale insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de profondeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose céphalique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsale correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evasé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéophytose du col fémoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dorsale insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Comblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**RESULTAT DE L'EXAMEN**

Classification FCI  
Circulaire 22/92 du 10/4/92

<p><b>A = Aucun signe de dysplasie coxo-fémorale</b></p> <p><b>B = Etat sensiblement normal</b></p> <p><b>C = Dysplasie légère (stade I)</b></p> <p><b>D = Dysplasie moyenne (stade II)</b></p> <p><b>E = Dysplasie sévère (stades III et IV)</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">D</th> <th style="width: 50%;">G</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	D	G		
D	G				

Analyse:

Qualification internationale (correspondant à la hanche la plus mal cotée):

Charbonnières les Bains, le

Nota: Au-delà du stade "C" la diffusion de l'information à la SCC ne se fera qu'après un accord écrit du propriétaire  
 Adresse exclusive pour l'expédition des radiographie relatives à nos races :

**Professeur LEGEARD Francis**  
**Centre Hospitalier Vétérinaire Atlantia**  
**22 Rue René Viviani**  
**44200 NANTES**

**Joindre:**

- Une enveloppe au format de la radiographie, timbrée et libellée à votre adresse (retour documents).
- Une enveloppe timbrée libellée au Club de Race.

---

- Un chèque de 25 euros à l'ordre de Professeur JP Genevois