



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 : Dr Palais 19239  
 Adresse : 03000 Moulin  
 Lecteur Officiel :  
 Date radiographie : 04/05/2010

N° de Certificat : 660  
 Race : Berger Australien Nom : Eclipse  
 L.O.F. : 16041 Sexe : Femelle  
 Tatouage : 250269801331194 Affixe : de l'œil du cyclone  
 Date de naissance : 10/02/2008

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

Commentaires : .....

**Acétabulum**

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

Commentaires : .....

**Couverture craniale**

<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche

Commentaires : Limite droite gauche

**Couverture dorsale**

<input checked="" type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> à droite	<input type="checkbox"/> à gauche

Commentaires : .....

**Coaptation :**

<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> à droite	<input checked="" type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Commentaires : .....

**Angle de Norberg Olsson**

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

Commentaires : .....

**III - QUALIFICATION**

à droite	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
à gauche	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" 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 :** .....

*Radiographie réalisée sous anesthésie générale*

Radiographie et compte rendu,  
 faits à Nantes (lieu), le 24 mai 10 (date)  
Dr Goyenvalle (nom du lecteur officiel)  
 n° 23384  
 Signature et cachet du lecteur officiel