



ATTESTATION A REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE LORS DU DÉPISTAGE RADIOGRAPHIQUE OFFICIEL DE LA DYSPLASIE DES HANCHES, DES COUDES OU DU RACHIS

Club de race :

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (*) : Prénom (*) :

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro (*) :

Tél. : E-mail :

(*) Pour permettre l'exploitation informatique par la SCC des résultats de cet examen, cette attestation devra obligatoirement comporter et de façon lisible : le nom, le prénom et le numéro d'inscription du praticien au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires.

Atteste avoir pratiqué :

- la radiographie des hanches ⁽¹⁾
- la radiographie des coudes ⁽¹⁾
- la radiographie du rachis ⁽¹⁾

sur le chien :

Nom : Affixe :

Race : Sexe : Né(e) le :

Identifié - par tatouage numéro ⁽¹⁾ :

- par puce électronique numéro ⁽¹⁾ :

et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

Je certifie par ailleurs que la radiographie a été pratiquée :

- sous anesthésie générale ⁽¹⁾
- sous sédation profonde ⁽¹⁾
- sans anesthésie ⁽¹⁾ (pour la radiographie du rachis uniquement)

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Fait à : le :

Signature du Vétérinaire

PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné

- accepte que ces résultats soient transmis à mon club de race pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection
- certifie que ce chien n'a pas déjà fait l'objet d'un dépistage officiel de la (des) dysplasie(s) recherchée(s) et n'a subi, à ma connaissance aucune intervention chirurgicale susceptible de modifier les articulations concernées.

Fait à : le :

Signature du Propriétaire du chien :