CERTIFICAT DE DEPISTAGE
DES MALADIES HEREDITAIRES OCULAIRES CANINES

Retriever Club de France - 44 rue Jean Borderel 95100 Argenteuil
www.retrieverclubdefrance.com

Nom : ..... Prénom : .....

Titulaire d'un CES d'Ophtalmologie et inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro : .....

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

Atteste avoir examiné et vérifié moi-même l'identifiant du chien suivant :

Nom complet : .....

Race : Chesapeake / Curly Coat / Flat Coat / Golden / Labrador / Nova Scotia Sexe : Mâle / Femelle

N° LOF : |___|___|___|___|___|___| / |___|___|___|___|___|___| Né(e) le : ..... /..... /.....

N° Identification (puce ou tatouage) : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

PROPRIETAIRE

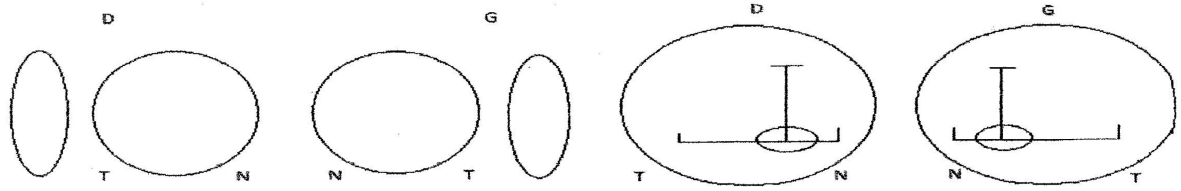
Je soussigné ..... certifie avoir eu connaissance des conditions de l'examen et m'engage à faire parvenir une copie de ce certificat au Retriever Club de France.

Fait à : ..... le : ..... Signature :

EXAMEN

Techniques d'examen

❒ Dilatation ❒ Lampe à fente ❒ Ophtalmoscopie : directe indirecte
❒ Photographie ❒ Électro rétinographie ❒ Angiographie



Cornée : ..... Cristallin : .....
.....
Chambre antérieure – Iris : ..... Vitrée – Rétine : .....
.....
Autres examens (Tonométrie, Gonioscopie, Électro rétinographie, Angiographie) : .....
.....

CONCLUSIONS

❒ Nous n'avons pas décelé à ce jour de maladies oculaires, présumées ou reconnues héréditaires,

❒ Nous avons décelé des lésions oculaires

Pour les maladies héréditaires oculaires suivantes, recherchées par le RCF, l'animal est :	Indemne	Suspect ou douteux	Atteint
Goniodysplasie (Golden Uniquement – Pour étude).....	❒	❒	❒
Cataracte Congénitale (Tous Retrievers).....	❒	❒	❒
Dysplasie de la Rétine (Tous Retrievers).....	❒	❒	❒
Entropion (Tous Retrievers).....	❒	❒	❒
Ectropion (Tous Retrievers).....	❒	❒	❒
Distichiasis (Labradors Uniquement).....	❒	❒	❒
Cristallin : Cataracte (Tous Retrievers sauf Goldens).....	❒	❒	❒
Dégénérescence rétinienne progressive sans ERG obligatoire (Tous Retrievers).....	❒	❒	❒

Cachet et Signature du Vétérinaire

Le : ..... / ...../.....

A : .....

Cette attestation est valable 18 mois