

Docteur Vétérinaire : **KARTELIN**
 Adresse : 30130 St Estépart
 Lecteur Officiel : *J.F.*

N° de certificat :
 Race : **B.A.H.**
 L.O.F. : **33057**
 Tatouage : **2650172**
 Date de naissance : **7/5/05**
 Nom : **ÉLINE**
 Sexe : **♀**
 Affixe : **de La Halle au Loup.**

COMPTE RENDU DE LECTURE
D'UNE RADIOGRAPHIE DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE
San AG **DE LA DYSPLASIE DE LA HANCHE**

I - TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE

Identification du cliché : Conforme Non conforme

Raison 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

Couverture crâniale : Bonne à droite à gauche
 Insuffisante à droite à gauche

Commentaires :

Couverture dorsale : Bonne à droite à gauche
 Insuffisante à droite à gauche

Commentaires :

Coaptation : Bonne à droite à gauche
 Insuffisante OUI NON

Commentaires :

Angle de Norberg Olsson

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

Commentaires :

II - LECTURE

Tête(s) fémorale(s) et col :

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

Commentaires :

Acétabulum

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

Commentaires :

III - QUALIFICATION

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

Radiographie et compte rendu faits à *Caen* (lieu), le *26/07/2010* (date)

J.F. (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officiel

Docteur J.-F. LEFOL
 VÉTÉRINAIRE
 26, rue Léon-Lecornu
 14000 CAEN
 Téléphone : 31 93 09 74