

Docteur Vétérinaire : **LEFOL**  
 Adresse : **CAEN**  
 Lecteur Officiel : **CFBA**

N° de certificat :  
 Race : **Braque Allemand** Nom : **PRALINE**  
 L.O.F. : **082232** Sexe : **F**  
 Tatouage : **YUX 978** Affixe : **de la lande**  
 Date de naissance : **29/11/99** **de Jesty**

**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	à droite	à gauche
Déformée	à droite	à gauche
Ostéophytoses	à droite	à gauche
Antéversion	OUI	NON

Commentaires : .....

Acétabulum

Normal	à droite	à gauche
Déformé	à droite	à gauche
Comble	à droite	à gauche
Ostéophytoses	OUI	NON

Commentaires : .....

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 : .....

**III - QUALIFICATION**

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

**QUALIFICATION INTERNATIONALE**

(Classement correspondant à la qualification de la plus mauvaise hanche)  A  B  C  D  E

**IV - COMMENTAIRES DU LECTEUR**

OFFICIEL *Après le petit détail ci dessus*  
*hanches normales*

Radiographie et compte rendu,  
 faits à *Caen* (lieu), le *11/01/01* (date)  
*LEFOL* (nom du lecteur officiel)

Signature et cachet du lecteur officier **VETERINAIRE**  
**Docteur J-F. LEFOL**  
 26, rue Léon-Lecornu  
 14000 CAEN  
 Téléphone 31 93 09 74