

**Animal**

Nom : **Freud**  
Race : **BOUVIER BERNOIS**  
Sexe : **Mâle** Date de naissance : **20/05/10**  
Identification : **2GSJ344** L.O.F. : **43878/6386**

**Propriétaire**

**Mme Fourez**  
**240 Chemin du Defends 83700 St Raphael**

**Radiographie**

Date : **1/07/14**

Vétérinaire : **Dr Leriverend**

Lieu d'exercice : **90500 St Ambroix**

Attestation vétérinaire certifiant l'identité et les conditions de réalisation :  OUI  NON  Incomplète

Symétrie du bassin :

oui  non  imparfait

Conditions de réalisation :  Anesthésie/Sédation myorelaxante  Vigile  Non précisées

Parallélisme des fémurs :

oui  non  imparfait

Identification complète :  oui  non infalsifiable :  oui  non

Rotation interne des fémurs

oui  non  imparfait

Qualité radiographique :  bonne  acceptable  mauvaise

CONFORMITE DU DEPISTAGE AUX REGLES F.C.I. :  OUI  NON

**Examen radiographique**

		D	G
Coaptation articulaire	bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	imparfaite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	laxité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	subluxation modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	subluxation sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	luxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angle de Norberg-Olsson	égal ou supérieur à 105°	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	inférieur à 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	égal ou inférieur à 100°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	inférieur à 90°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couverture crâniale	correcte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	limite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		D	G
Couverture dorsale	correcte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	limite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acetabulum	normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	manque de profondeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ouvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	comblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ostéophytose : modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tête et col fémoraux	normaux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	tête déformée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	microcéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ostéophytose : modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Conclusion**

classification F.C.I. (circulaire 23/92 du 10/04/92)

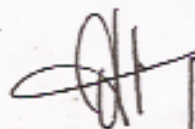
	D	G
<b>A</b> Aucun signe de dysplasie de la hanche	<b>A</b>	<b>A</b>
<b>B</b> Hanche presque normale	/	/
<b>C</b> Dysplasie de la hanche légère	/	/
<b>D</b> Dysplasie de la hanche moyenne	/	/
<b>E</b> Dysplasie de la hanche sévère	/	/

**Qualification internationale**

correspondant à la plus mauvaise hanche

**A**

Nantes, le 26/08/2014



**DOCTEUR DIDIER FONTAINE**  
VÉTÉRINAIRE  
Orthopédie - Traumatologie - Chirurgie vertébrale  
Centre Hospitalier Vétérinaire ATLANTIA  
22, rue Viviani - 44200 - NANTES  
tel : 02 40 47 40 09

Commentaires éventuels :