



RECHERCHE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Club de race : Epagneul Nain Canin central

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (*) BOURDON Prénom (*) JULIEN
 Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre (*) 14874
 Tél (**) 02 32 53 01 65 Courriel (**) gailbon_veto@orange.fr

(*) Champs OBLIGATOIRES à remplir EN CAPITALES D'IMPRIMERIE (**) Champs facultatifs

Certifie avoir examiné selon les règles acquises de la science, le chien :

Nom : X-MYSTIX
 Affixe ou préfixe (***) : VON DEN KOLIBRIS
 Race : PARIJON Sexe : Femelle Date de naissance : 02/01/2009

Identification (***) :
 - par tatouage numéro (1) :

--	--	--	--	--	--	--	--

 - par transpondeur numéro (1) : 2760981102532668

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Examen de la rotule

Luxation :	<u>Gauche</u>	<u>Droite</u>
	<u>Pas de luxation</u>	<u>Pas de luxation</u>
	- médiale	- médiale
	- latérale	- latérale
Degré de luxation	Stade I	Stade I
	- stade II	- stade II
	- stade III	- stade III
	- stade IV	- stade IV
Examen effectué	sans sédation avec sédation	

(***) rayer les mentions inutiles

Fait à : GAILLON le : 15/06/2016

Signature et timbre du vétérinaire

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE GAILLON
 16 Avenue du Mal Leclerc
 B.P. 4
 27600 GAILLON
 Tél. : 02 32 53 01 65
 Fax : 02 32 53 52 56

PARTIE À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e) Mme Chauhan Jocelyne
 domicilié(e) 14 rue des Côtes
27950 SAINT-JUST

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui lui sont dévolues;
- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptible de modifier les conclusions de l'examen;

NB: ce document est à envoyer au club de race et non à la S.C.C.

Fait à : St Just le : 15/06/2016

Signature du propriétaire du chien