CERTIFICATO UFFICIALE DI VISITA OCULISTICA PER LA DIAGNOSI DELLE MALATTIE OCULARI DI PROVATA O PRESUNTA ORIGINE EREDITARIA NEL CANE

OFFICIAL CERTIFICATE OF EYE EXAMINATION FOR THE DIAGNOSIS OF PROVEN OR PRESUMED INHERITED EYE DISEASES IN DOGS

Procedure del protocollo ENCI / *ENCI protocol procedure*

1. Controllo del certificato genealogico, che sia intestato all'attuale proprietario, verificare la corrispondenza del codice identificativo riportato sul certificato genealogico e se il cane è già stato sottoposto all'esame ufficiale per la diagnosi delle malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria. / *Check the KC Reg. Certificate, the ownership, the identification of the dog according to the code reported in the pedigree and verify if the dog has already been officially evaluated for the diagnosis of proven or presumed inherited eye diseases.*
2. Esecuzione della visita oculistica secondo il protocollo previsto dall'ENCI/ *Perform the eye examination according to the ENCI protocol.*
3. Compilazione di quanto di seguito riportato ed invio di copia all'organizzazione veterinaria/ *Fill in the following sections of the form and send a copy to the veterinary organization*

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO / OWNER's STATEMENT

Nome registrato del cane / *KC Registered Name*
ARIAN PODEROSI

Razza / *breed* STAFFORDSHIRE BULL TERRIER **Sesso** / *sex* F

Nato il / *date of birth* 13/08/2022 **ROI** /*KC n°* 21/190548 **Tatuaggio** / *tattoo*

Microchip 380260102009866

Test DNA **no** ☒ **si**/*yes* **Data**/*date* **Risultato**/*result*

Esaminato/*checked* **Data**/*date* **Risultato**/*result:* **esente**/*unaffected* **affetto**/*affected* **non def-sosp**/*undet.-susp.*

PROPRIETARIO / *OWNER*

Proprietario / owner FRANCESCO CANZERLO

Indirizzo / *address* VIA ISONZO, 75 80034 MARIGLIANO (NA)

Dichiaro che (la cancellazione di uno qualsiasi dei seguenti punti comporta l'invalidazione del certificato) / *I hereby declare that: (deletion of any of these items invalidates this certificate)*:

a) i dati sopra riportati sono corretti e si riferiscono al cane esaminato in data odierna / *the data marked above are correct and relate to the dog examined today*

b) il cane non è stato ☒ è stato ☐ sottoposto a esame ufficiale per la diagnosi delle malattie oculari di provata o presunta origine ereditaria / *the dog has not been* ☐ *has been* ☐ *checked for official eye examination for the diagnosis of proven or presumed inherited eye diseases*

Diagnosi: esente ☐ non definito ☐ affetto ☐ in data _____ / *Diagnosis: unaffected* ☐ *undetermined* ☐ *affected* ☐ *date* _____

c) autorizzo l'organizzazione veterinaria a tenere e conservare nel proprio archivio copia del certificato / *I authorize the veterinary organization to keep and store copy of the certificate.*

d) ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 Giugno 2003, n. 196, consento il trattamento dei dati personali riportati su questo certificato, nei limiti indicati dalla legge / *according to art. 13 D.Lvs June 30, 2003, n. 196, I authorize the use of the included personal data under the law*

e) autorizzo l'organizzazione veterinaria a fornire i risultati della visita oculistica all'ENCI ed all'Associazione Specializzata di razza / *I authorize the veterinary organization to send copy of the certificate to ENCI and Breeders Club.*

Firma del proprietario / *Owner's signature* [signature] **Data** / *date* 17/11/2022

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO VETERINARIO DELL'ORGANIZZAZIONE VETERINARIA

Veterinary Organization Eye Scheme Examiner's Certificate

Confermo che il cane ha il codice identificativo riportato sul Certificato genealogico / *I confirm the dog has the microchip-tattoo above mentioned as indicated on the pedigree.*

Questo certificato è relativo al cane sopra descritto ed è stato effettuato secondo il protocollo ENCI / *This certificate applies to the above identified dog and has been issued according to the ENCI protocol procedures*

Medico Veterinario autorizzato / *Eye Scheme Examiner*: STEFANIA TRIO

N° di reg. all'associazione veterinaria *reg. No.* Iscr. Albo Napoli n. 682

Indirizzo / *Address* VIA MONTE DI DIO 75 CAP 80132 Città/*Town*

Data/*date* 17/11/2022 **Firma** / *Signature* [signature]

Dott.ssa STEFANIA TRIO
MEDICO VETERINARIO
Iscr. Ordine NA N° 682
Via Monte di Dio,75 – 80132 NAPOLI
Codice Fiscale TRI SFN 70D69 F839L
Partita I.V.A. 04636531214

In data odierna il cane sopra indicato è certificato / *today the above identified dog is certified*
esente / *unaffected* ☒ **non definito** / *undetermined* ☐ **sospetto** / *sospicious* ☐ **affetto** / *affected* ☐
da oculopatie di provata o presunta origine ereditaria segnalate nella razza /
by proven or presumed inherited eye diseases reported in that breed
Valutazione ai fini della Riproduzione Selezionata: SI ☒ **NO** ☐

380260102004866

VISITA OCULISTICA DEL 17/11/2022 CERTIFICATO N° 92-22

Protocollo obbligatorio: Midriatico__ Oftalm. indiretta__ Biomicroscopia binoculare > 10x__ Esame pre-dilatazione x razza___

Altre indagini: Esame pre-dilatazione__ Oftalm. diretta __ Gonioscopia __ Tonometria__ Altro_____

MALATTIE DI PROVATA O PRESUNTA ORIGINE EREDITARIA

RISULTATO MALATTIE CONGENITE	ESENTE *	NON DEFINITO **	AFFETTO ***	
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	X			iride__ lente__ cornea__ lamina__
2. Pers. Hyp.T. Vas.L./Pr. Vit. (PHTVL/PHPV)				grado 1__ gradi da 2 a 6 __
3. Cataratta (congenita)				cort_ post pol_ ant pol_ sut_ punct_ nucl_
4. Retina: displasia (RD)				(multi)focale__ geografica__ totale__
5. Ipoplasia n.o./ Micropapilla				
6. Collie Eye Anomaly (CEA)				ipoplasia coroide__ coloboma__ altro__
7. Altro _____				
8. Anomalie L. Pectinatum				fibrae latae__ laminae__ occlusio__

RISULTATI VALIDI PER 12 MESI PER:	ESENTE *	SOSPETTO ****	AFFETTO ***	
11. Entropion / Trichiasi	X			
12. Ectropion / Macroblepharon				
13. Distichiasi / Ciglia ectopiche				
14. Distrofia corneale				
15. Cataratta (non congenita)				cort_ post pol_ ant pol_ sut_ punct_ nucl_
16. Lussazione primaria lente				
17. Degenerazione retina (PRA)				
18. Altro _____				

* *Non affetto, non si evidenziano alterazioni caratteristiche di oculopatie ereditarie*

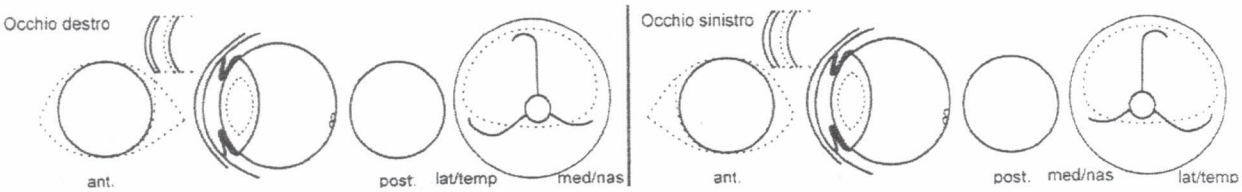
*** *Affetto, si evidenziano tali alterazioni*

** *Si osservano alterazioni che potrebbero dipendere da una oculopatia ereditaria ma non sono del tutto patognomoniche*

**** *Vi sono alterazioni di lieve entità, si sospetta l'inizio di un'oculopatia ereditaria. Riesaminare l'animale a distanza di _____mesi*

MALATTIA N ° _____ Gonioscopia: anomalia L. Pectinatum lieve__ moderata __ grave__

Consiglio per la riproduzione / *breeding advice*: NO _____ BREEDER OPTION _____



DESCRIZIONE DEL QUADRO CLINICO

_____

_____

Nota: affetto da _____ basi ereditarie non definite in questa razza

Presenta / *affected* ☐ non presenta / *unaffected* ☐ segni clinici di oculopatie **non ereditarie** / *by clinical signs of* ***non hereditary*** *eye diseases.* Quanto diagnosticato è descritto nel disegno / *Details of the above diagnosis are listed in the drawing*

Il sottoscritto in data odierna ha esaminato il cane sopra descritto in base al Protocollo ENCI per la diagnosi e la prevenzione delle malattie ereditarie

Firma _____ Data 17/11/2022 Timbro

Dott.ssa STEFANIA TRIO
MEDICO VETERINARIO
Iscr. Ordine NA N° 682
Via Monte di Dio,75 – 80132 NAPOLI
Codice Fiscale TRI SFN 70D69 F839L
Partita I.V.A. 04636531214

Questo certificato è redatto in base alle attuali conoscenze scientifiche. La lista delle oculopatie ereditarie che implicano l'esclusione dalla Riproduzione Selezionata dell'ENCI è definita dalla CTC dell'ENCI stesso in collaborazione con le associazioni specializzate da esso riconosciute. Per le razze non sottoposte a riproduzione selezionata si fa riferimento alle liste delle oculopatie ereditare pubblicate dall'European e dall'American College of Veterinary Ophthalmologists. Si consiglia un riesame annuale per la diagnosi delle oculopatie ereditarie non congenite. Non si autorizza la diffusione di informazioni pubblicitarie con riferimenti al nome del veterinario certificante.