

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

Commentaires :

III - QUALIFICATION

à droite	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
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 *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 officie **VETERINAIRE**
Docteur J-F. LEFOL
26, rue Léon-Lecornu
14000 CAEN
Téléphone 31 93 09 74