



Für: animal

Name: **Floki - Cash de Chalamont**
 Rasse: **Australian Shepherd (Australischer Schäferhund)**
 Zuchtverband: **Australian Shepherd Club der Schweiz ASCS**
 Zuchtnr.-Nr.: **750 386**
 Farbe: **Ticolorone**
 Mikrochip Nr.: **756095200181010**
 Tätowier Nr.: **_____**
 Wurldatum: **22 - 04 - 2017** Geschlecht: Weiblich Männlich
 Sibirische Untersuchungen: Nein Ja
 Wenn abnormal: abnorm abn. mit an. + reg. im. wieder
 Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters.: **09.09.2019, N°29745_53**
 DNA-Test: Nein Ja
 Typ. Datum: **_____**

Eigentümer/Besitzer

Name: **Corutti Anja**
 Adresse: **Le Clos 37**
 Land, PLZ: **CH 1346**
 Wohnort: **Les Bloux**

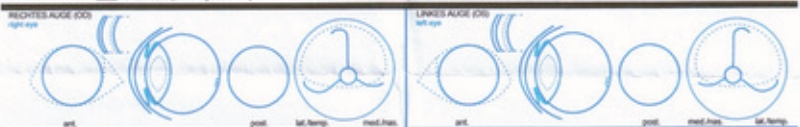
Der Untersucher ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (NUP) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) einverstanden und bestätigt, dass die zur Untersuchung ergriffenen Tiere den oben beschriebenen sind. Er stimmt der elektronischen Speicherung dieser Verträge durch die SAVO und stellt ausdrücklich in voll gesetzlicher die Berechtigung des Züchters an den angegebenen Sachverständigen für die Ausstellung der nachfolgenden Untersuchungsprogramme ein und erklärt ausdrücklich die Verantwortung für die Untersuchungsergebnisse durch die SAVO, das ECVO und den VET.
 The undersigned agrees to the rules of the national scheme (NUP) and the European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) and declares that the animal submitted for examination is the one described above. Signatory also declares that the undersigned agrees expressly to the electronic storage of the certificate by the SAVO and to accept the results of the certificate to the above mentioned breeding club. The signatory also undertakes of the following study and above mentioned publications of the results by the SAVO, the ECVO and the VET.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer

Untersuchung

Datum: **09 - 10 - 2020**
 Standardmethode: **Mydriakum, indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampe-Skondioskopie > 10x**
 Zusätzlich: Untersuchung vor Weitstellung
 Direkte Ophthalmoskopie
 Gonioskopie (ohne Mydriakum)
 Tonometrie (ohne Mydriakum)
 Willkür: _____
 Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.
 If an other method is used, this form is only valid when used with a specifying certificate.

Kontrolle der Tübelwertung: Richtig Teilweise/unsicherlich Falsch Fehlt
 Kontrolle des Mikrochips: Richtig Falsch Fehlt



Anmerkungen: _____
 8. ICA: Lieg. Pectinatum Anomale Geringgradig Mittelgradig Hochgradig
 Augenkrankung Nr.: Geringgradig Hochgradig
 Kammerwinkelstatus: Eng (mittelgradig) Verschluss (hochgradig)

Erkrankung und Verlesung erbliche Augenkrankungen

	FRED		ZWEIFELHAFT		NICHT FRED		NICHT FRED	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (mvu, mvu)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinodysplasie (r)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie/Mikropapille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Colitis Augenanomale (ca)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kammerwinkelanomalie (ICA):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Geringgradig	<input type="checkbox"/> Mittelgradig	<input type="checkbox"/> Hochgradig	

	FRED		NICHT FRED	
	YES	NO	YES	NO
11. Entropium/Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ektropium/Makroblepharon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dystichiasis/ektopische Zilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Korneadysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Katarakt (nicht kongenital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linienluxation (primär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Retinadegeneration (ru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergebnisse

- **Fred:** Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenkrankung. "Nicht Fred" Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenkrankung sind vorhanden. "Unklarheit" signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specific, whereas "offensive" signifies that there is such evidence.
- **Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch.** The animal displays clinical features that could possibly be the presumed inherited eye disease(s) identified, but the changes are non-specific.
- **Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in _____ Monaten.** The animal displays minor but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) and further development will be monitored. Die Diagnose: _____

Für weitere Informationen bitte wenden an: _____

Der/Die Untersucher/nde hat/die oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenkrankungen heute selbst untersucht und die generierten Befunde erhoben.
 Name: **Dr. med. vet. Nicolas Murisier**
 Ort: **Epalinges**
 Datum: **07-2019-0 ECVO**
 Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO

 Dieses Formular ist auch ohne Unterschrift gültig.
 This form is valid without signature.