





INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

CLUBE BRASILEIRO DO PASTOR ALEMÃO – CBPA Brasilianischer Schaeferhund Verein TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA		
Dados do Animal Nome <input type="text"/> Microchip/Tatuagem <input type="text"/>		
Nº Registro <input type="text"/>	Data Nasc.: <input type="text"/>	Proprietário <input type="text"/>
Núcleo/Sociedade <input type="text"/>		
Responsável (Preencher caso não seja o proprietário que levará o animal para o exame) PREENCHER SOMENTE QUANDO O PROPRIETÁRIO NÃO ESTIVER ACOMPANHANDO O ANIMAL		
Declaração do Proprietário/Responsável Eu, _____, encaminho o animal acima qualificado, de minha propriedade ou sob minha responsabilidade, para avaliação das Articulações Coxofemorais e de Cotovelo em relação ao grau de Displasia pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Solicito que o laudo seja emitido por: <input type="radio"/> Dra. Maria Margarita Duran Coteló <input type="radio"/> Dr. Luis Renato Veríssimo de Souza Confirmo que o animal a ser radiografado corresponde ao documento que o acompanha (anexar pedigree original CAR). Autorizo que a radiografia fique arquivada pelo Clube Brasileiro do Pastor Alemão. Estou ciente dos riscos de anestesia ou da sedação. Local/Data _____ de _____ de _____ Assinatura _____		
Declaração do Verificador - Coordenador do Núcleo ou Médico Veterinário Nome <input type="text"/> Núcleo/Sociedade <input type="text"/> Declaro que acompanhei o procedimento radiográfico, procedendo também a conferência do número do microchip do animal acima com leitor de microchip, onde o número que consta no pedigree corresponde ao animal avaliado. Local/Data _____ de _____ de _____ Assinatura _____		
Dados Clínica Veterinária/Médico Veterinário Nome da Clínica <input type="text"/> Nome Veterinário <input type="text"/> Nº Credenciamento CBPA <input type="text"/> Declaração do Médico Veterinário Confirmo a utilização de anestesia ou sedação, com a qual o paciente estava perfeitamente relaxado durante o exame radiográfico e executei o procedimento segundo as normas deste documento.  <p>ÂNGULO FLEXIONADO DE 45° OU MENOS, MOSTRANDO A TOTALIDADE DO ANCÔNEO.</p>  <p>QUADRIL QUADRIL SIMÉTRICO, ASAS ILÍACAS SIMÉTRICAS, CAVIDADES FECHADAS SIMÉTRICAS, FÊMORES PARALELOS ENTRE SI E PARALELOS À MESA DE EXAMES, AS RÔTULAS NO CENTRO DOS CÔNDILOS FEMORAIS. DEVE ENVOLVER DESDE AS 2 ÚLTIMAS VÉRTEBRAS LOMBARES, ATÉ AS ARTICULAÇÕES DOS JOELHOS.</p>  <p>Ex de codos membro anterior estendido</p>  <p>PRONAÇÃO 15°</p> <p>Exigido apenas para laudos encaminhados para Dra. Margarita Duran</p> <p>Local/Data _____ de _____ de _____ Carimbo e Assinatura _____</p>		

DADOS DO ANIMAL

Preencher todos os campos.

PROPRIETÁRIO**

Preencher com os dados do ATUAL proprietário.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL

Quem levou o animal para o exame deve preencher e assinar.

DECLARAÇÃO DO VERIFICADOR

Deve ser preenchido e assinado por um Coordenador do Núcleo. Na falta deste, pode ser preenchido pelo médico veterinário que realizará o exame.

DADOS CLÍNICA/VETERINÁRIO

O médico veterinário que realizará o exame deve preencher com os dados da clínica e dele, assinar e carimbar.

Neste campo tem orientações quanto a posicionamentos e imagens que devem ser enviadas para o médico escolhido a emitir o laudo.

Versão 01/2024

**** Enviar atestado de transferência caso o animal NÃO tenha sido transferido no bando de dados.**