

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA

TIPO DE LAUDO	INTERNACIONAL	NACIONAL	NOVO	REPETIÇÃO
---------------	---------------	----------	------	-----------

Dados do Animal

Nome Microchip/Tatuagem

Nº Registro Data Nasc.: Proprietário

Núcleo/Sociedade Responsável (Preencher caso não seja o proprietário que levou o animal para o exame)

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:

Dra. Maria Margarita Duran Coteló Dr. Luis Renato Veríssimo de Souza Dr. Márcio Aurélio

Confirmando 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 Núcleo/Sociedade

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

Nome Veterinário Nº Credenciamento CBPA

Declaração do Médico Veterinário

Confirmando 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.

ÂNGULO FLEXIONADO DE 45° OU MENOS, MOSTRANDO A TOTALIDADE DO ANCÔNEO.

QUADRIL
 QUADRIL SIMÉTRICO, ASAS ILÍACAS SIMÉTRICAS, CAVIDADES FECHADAS SIMÉTRICAS, FÊMORES PARALELOS ENTRE SI E PARALELOS À MESA DE EXAMES, AS RÓTULAS NO CENTRO DOS CÔNDILOS FEMORAIS.
 DEVE ENVOLVER DESDE AS 2 ÚLTIMAS VÉRTEBRAS LOMBARES, ATÉ AS ARTICULAÇÕES DOS JOELHOS.

Exigido apenas para imagens encaminhadas para o Dr. Márcio

Exigido apenas para laudos encaminhados para Dra. Margarita Duran

Local/Data _____ de _____ de _____

Drª Duran: Quadril, cotovelos: em 45º, estendidos e em pronção de 15º.
 Dr. Márcio : Quadril, cotovelos posicionados entre 45º/90º e estendidos.
 Dr. Veríssimo: Quadril e cotovelos em 45º.

Carimbo e Assinatura