

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 Cotelro



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 ANCÔNIO.



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

Local/Data _____, _____ de _____ de _____.

Drª Margarita Duran: Quadril e cotovelos em 45°.

Dr. Márcio : Quadril, cotovelos posicionados entre 45°/90° e estendidos.

Dr. Veríssimo: Quadril e cotovelos em 45°.

Carimbo e Assinatura