



# RECHERCHE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Fédération nationale agréée par le Ministère de l'Agriculture

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

Club de race : Shiba Inu

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (\*) TEYSSÈDE Prénom (\*) Jean François

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre (\*) 2074

Tél (\*\*) 05 63 55 26 69 Courriel (\*\*) .....

(\*) Champs OBLIGATOIRES à remplir EN CAPITALES D'IMPRIMERIE (\*\*) Champs facultatifs

Certifie avoir examiné selon les règles acquises de la science, le chien :

Nom : SAKIHINE GO HANANATSU TAIKAN

Affixe ou préfixe (\*\*): GO HANANATSU TAIKAN

Race : Shiba Sexe : Jeune Date de naissance : 14/06/2019

Identification (\*\*):

- par tatouage numéro (1):                     

- par transpondeur numéro (1): 39214600052R198

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Examen de la rotule

Luxation : Gauche Pas de luxation

- médiale
  - latérale
- Stade I
- stade II
  - stade III
  - stade IV

Droite

Pas de luxation

- médiale
  - latérale
- Stade I
- stade II
  - stade III
  - stade IV

Degré de luxation .....

Examen effectué ..... sans sédation  
avec sédation

(\*\*) rayer les mentions inutiles

Fait à : Villefranche d'Albigeois le : 23/02/2021

Signature et timbre du vétérinaire

**Drs FERLAT - TEYSSÈDE**  
**SERIN - BASSIÈRE**  
59 route de Taur  
81430 Villefranche d'Albigeois  
Tél : 05 63 55 26 69

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e) .....  
domicilié(e) .....

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui lui sont dévolues;
- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptible de modifier les conclusions de l'examen;

**NB: ce document est à envoyer au club de race et non à la S.C.C.**

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature du propriétaire du chien