



## ATTESTATION

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE LORS DE LA RECHERCHE DES AFFECTIONS HEREDITAIRES INVALIDANTES CARDIOVASCULAIRES DU BULL TERRIER

**CFABT- Dr Christiane LEUNEN, 1 Villeperdue, 51210 Tréfols ,03 26 81 80 98 .**

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom : ..... Prénom : .....  
Inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaire sous le numéro : .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

Atteste avoir examiné le chien :

Nom de naissance (*pedigree*) : .....  
Identifié - par tatouage numéro : .....  
- par puce électronique numéro : .....

Et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

### AUSCULTATION CARDIAQUE

#### Conditions de l'examen

Comportement :      Animal calme     Animal agité     Animal stressé   
Traitement en cours :    Oui                   Non

#### Examen clinique

Souffle :    Oui  Non   
Si oui, préciser :  
Systolique basal gauche                          Oui  Non                           Intensité (de 1 à 6) :                          /6  
Systolique basal droit                              Oui  Non                           Intensité (de 1 à 6) :                          /6  
Systolique apexien gauche                        Oui  Non                           Intensité (de 1 à 6) :                          /6  
Systolique apexien droit                            Oui  Non                           Intensité (de 1 à 6) :                          /6  
Autre    Oui  Non                           Intensité (de 1 à 6) :                          /6

### ECHO-DOPPLER (*nécessaire seulement si présence d'un souffle supérieur à 2/6*)

Résultat                          Normal                   Anormal                   Suspect

### CONCLUSIONS

Fait à : ..... le : .....

Signature du vétérinaire

#### PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné ..... accepte que ces résultats soient transmis au CFABT pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection.

Fait à : ..... le : .....

Signature du propriétaire du chien