



**CERTIFICAT INTERNATIONAL DE DEPISTAGE  
DES MALADIES HEREDITAIRES OCULAIRES  
DES CARNIVORES**

Protocole en accord  
avec la Société Centrale Canine  
et les clubs de races

N° 51916

**Animal** Nom: Matane du Mystere des Bastides

Race: Bouvier de L'Entlebuch Sexe: femelle Né(e) le: 03/02/2016 N° tatou.:  
N° LOF: N° transpondeur: 25C Robe: Noi. Mar.Fau. Pan.Bla.  
Existence d'un certificat antérieur:  Oui  Non Conclusion antérieure: Indemne

**Propriétaire**

Madame FAY VERWOERD Katharin demeurant à:

**Signature:**

Code postal:

Ville:

"Je, soussigné(e), certifie avoir eu connaissance des conditions de l'examen pratiqué sur mon chien et accepte que les résultats soient transmis au club de race. Je certifie que ce chien n'a subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptibles de modifier les conclusions de l'examen"

**Examen** effectué le: 28/05/2020 à ST MARTIN BELLEVUE

**Techniques imposées:**

Mydriase, ophtalmoscopie indirecte, biomicroscopie et tonométrie

**Techniques optionnelles:**

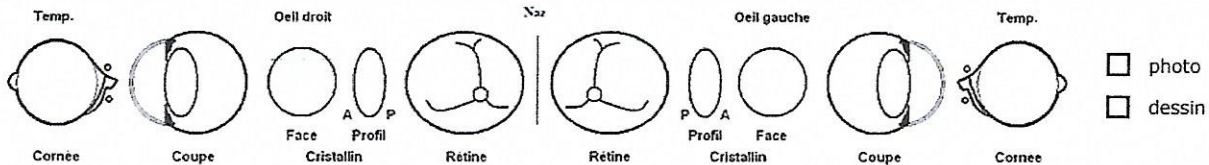
- Gonioscopie \*  ERG  
 Angiographie fluo  Echo-ophtalmographie  
 OCT  Autre(s)

**N° tatouage**

- correct  
 partiellement visible  
 incorrect  
 absent

**N° transpondeur**

- correct  
 incorrect  
 absent



**Conclusion** L'animal NE PRESENTE aucune anomalie oculaire, reconnue ou présumée héréditaire à ce jour.

	Cliniquement			Cliniquement	
	Absent	Présent		Absent	Présent
Microphthalmie chien d'un an mini	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistence membrane Pupillaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ectropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie ligament pectiné	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie ouverture / hauteur fente ciliaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distichiasis / Cil ectopique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHPV / PHTVL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dystrophie cornéenne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie de la rétine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cristallin : cataracte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plis réiniens	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hypoplasie de la papille / Micropapille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dégénérescence rétinienne progressive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colobome de la papille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre atteinte rétinienne héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie-hypoplasie choroidienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre affection à préciser en commentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keratoconjunctivite sèche KCS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Cachet et signature**

Dr Thomas DULAURENT  
D.V.M., N.° 19697

CHU Saint-Martin - Unité Ophtalmologique  
74370 Saint-Martin-Bellevue  
Tél : 04 50 600 900

**Vétérinaire**

Dr. DULAURENT THOMAS, n°national: 19697, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus pour la recherche de maladies héréditaires oculaires canines.

Certificat émis le : 28/05/2020

- exemplaire remis au propriétaire pour ses archives -



**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF  
EYE EXAMINATION  
(INTERNATIONAL CEE)**

Protocol approved by  
Société Centrale Canine  
and Kennel Club

N° 51916

**Animal**

Name: Matane du Mystere des Bastides

Breed: Bouvier de L'Entlebuch

Sexe: femelle

Né(e) le: 03/02/2016 Tatto n°:

Pedigree n°:

Microchip n°: 250.

Coat: Noi. Mar.Fau. Pan.Bla.

Previous CIEDE:

Yes  No

Previous conclusions: NOT AFFECTED

**Owner**

Mrs **FAY VERWOERD Katharin** Address:

**Signature:**

Zip code:

City:

"I hereby certify that I have been informed about the conditions of the examination performed on my dog and I accept that the results will be sent to the kennel club. I hereby certify that to my knowledge my dog has not received a medical or surgical procedure which can affect the conclusions of the examination."

**Examination**

Date: 28/05/2020 at ST MARTIN BELLEVUE

**Mandatory Techniques:**

Mydriasis, indirect ophthalmoscopy, biomicroscopy and Tonometry

**Optional Techniques:**

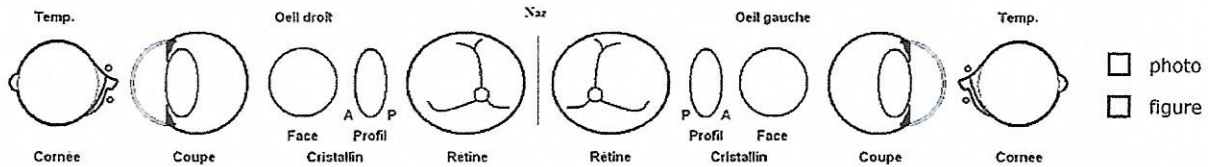
- Gonioscopy  ERG  
 Angiography  Echo-ophthalmographie  
 OCT  Other(s)

**Tattoo n°**

- correct  
 incomplet  
 incorrect  
 absent

**Microchip n°**

- correct  
 incorrect  
 absent



**Conclusion**

This animal was found to be clinically NOT AFFECTED with an ocular disease presumed or known to be hereditary.

	Clinically			Clinically	
	unaffected	Affected		unaffected	Affected
Microphthalmia (dog > 1 yr old)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primary Pupillary Membrane	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ectropion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goniodysplasia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
goniodysplasie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHTVL / PHPV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corneal dystrophia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinal Dysplasia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lens: cataract	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinal foals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lens: luxation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optic nerve Hypoplasia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Progressive Retinal Atrophy (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optic Nerve Coloboma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other retinal hereditary affection	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroidal Dysplasia/Hypoplasia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keratoconjunctivite sicca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Stamp & signature**

Dr Thomas DULAURENT  
DMV N°O. 19697  
CHV Saint-Martin - Unité Ophtalmologique  
74370 Saint-Martin-Belleveu  
Tél : 04 50 600 900

**Certified DVM**

Dr. DULAURENT THOMAS, n°national: 19697, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus pour la recherche de maladies héréditaires oculaires canines.

Date: 28/05/2020

- exemplaire remis au propriétaire pour ses archives -