



**Dyr animal**

Navn Name **Absolute Souls Ring My Bells**

Rase Breed **Chinese Crested** Raseklubb Breedclub **Norsk Chinese Crested Klubb**

Reg.nr registration number **NO56277/12** Farge colour **Sort/Hvit**

Microchip nr microchip no \_\_\_\_\_ Tatovering tattoo \_\_\_\_\_

Fødselsdato date of birth **13.11.2012** Kjønn sex  Tispe female  Hann male Tidligere undersøkt previous examination  Ja yes  Nei no

Fri unaffected  Mistenkt undetermined  Usikker suspicious  Ikke fri affected

**Eier owner/agent**

Navn Name \_\_\_\_\_

Adresse address \_\_\_\_\_

Land country \_\_\_\_\_ Postnr zip code \_\_\_\_\_ Sted town \_\_\_\_\_

Hvis unormal If abnormal \_\_\_\_\_ Dato og navn på eksaminator Date, cert.no. + reg.no examin **20.12.2014 Engelskjønn, Tone Ihle (vet)**

DNA-tests  Ja yes Type+dato \_\_\_\_\_  Nei no Type+date \_\_\_\_\_

Hermed bekreftes at det undersøkte dyr er det som er angitt i følge ovenstående signalement.  
 Kopi av denne undersøkelsesattesten kan sendes inn for sentral registrering og offentliggjøring.  
 The undersigned agrees to the rules of the national scheme and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the results are available for official publication or other ECVO approved use.

\_\_\_\_\_ eiers underskrift signature owner/agent

**Eksaminering examination**

**Identifikasjon identification**

Dato date **30.12.2015**

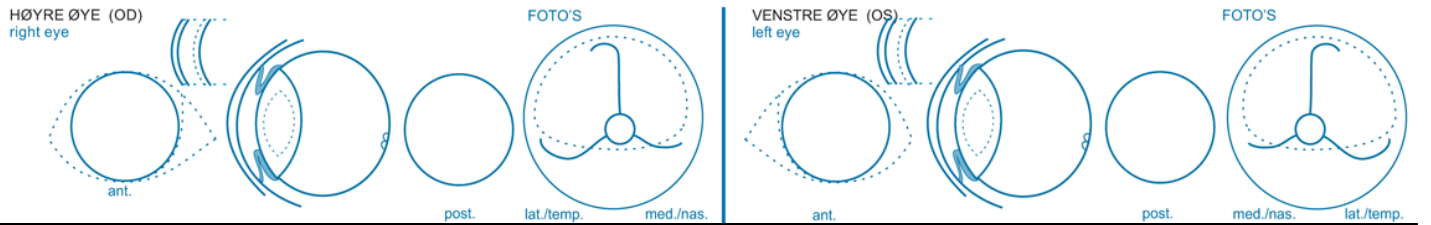
Metode metode minimal **Minimum: Pupilldilatasjon, intrekte oftalmoskopi og spaltelampe-biomikroskop >=10x**  
 Mydriatic, indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy >= 10x

Eventuell optional  Direkte oftalmoskopi  Foto  Annet Undersøkt Før Dilatasjon.....  
 Gonoskopi (uten mydr.)  Annet Undersøkt Før Dilatasjon.....  
 Tonometri (uten mydr.)

Kontroll tatovering check tattoo  Riktig correct  Uleselig partly/unreadable  Feil incorrect  Mangler absent

Kontroll microchip check microchip  Riktig correct  Feil incorrect  Mangler absent

Hvis en annen metode benyttes, må denne attesten følges av en spesifisert attest.  
 If an other metode is used, this form only has value with a specifying certificate



Beskrivelse description comments **STT 25/20**

Øyesykdom nr: eye disease no: \_\_\_\_\_  Mild mild  Moderat moderate  Uttalt severe

N.B: Affisert av  
 note: affected by

**Resultat results for the presumed hereditary eye diseases**

**Attesten er gyldig i 12 måneder results valid for 12 months**

	FRI	USIKKER	AFFISERT		FRI	MISTENKT	AFFISERT
1. Persisterende pupillmembran (PPM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iris Linse <input type="checkbox"/> Cornea Lamina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persisterende hyperpl.tunica vasculosa lentis/primær viterus (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grad 1 Grad 2-6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (medfødt)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinal dysplasi (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Multi)fokal Geografisk Total	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasi av N. opticus/mikropapill	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Eye Anomaly (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRD (CH) Colobom Kompl.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L. Pectinatum abn. (bare etter gonoskopi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrae latae Laminae Oclusio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unaffected	Undetermined	Affected		Unaffected	Suspicious	Affected

**Forklaring interpretation**

- \* "FRI" Ikke påvist kliniske tegn til den angitte arvelige sykdommen. "AFFISERT" betyr at sykdommen er påvist. "Unaffected" signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas "affected" signifies that there is such evidence.
- \*\* "USIKKER" Dyret viser kliniske forandringer som kan skyldes den angitte sykdommen, men forandringene er ikke sikre nok. The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.
- \*\*\* "MISTENKT" Dyret viser små, men spesifikke kliniske tegn til den angitte arvelige sykdommen. Videre utvikling vil kunne bekrefte diagnosen. Undersøkelse etter ..... måneder anbefales. The animal displays minor, but specific signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Reexamination in ..... months.

**Videre informasjon, se baksiden**

**Veterinær eksaminer**

Undertegnede har i dag undersøkt ovennevnte dyr for arvelige øyesykdommer etter gjeldende retningslinjer med resultat som beskrevet på attesten.

The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown

Navn **Engelskjønn, Tone Ihle (vet)**  
 Name \_\_\_\_\_  
 Sted **AniCura Dyreklinikk Grimstad**  
 Place \_\_\_\_\_

Sign. atteststeder, autorisert av DNV og ECVO  
 signature examiner, authorized by ECVO