

Numéro de prélèvement :

MODALITES

Pour chaque chien :

- réaliser un prélèvement avec 2 écouvillons conservés dans le même tube (bien suivre le mode d'emploi fourni, notamment frotter vigoureusement la muqueuse buccale)
- **remplir un certificat de prélèvement** (indiquer l'identité de l'animal avec l'autorisation du propriétaire)
- remplir le présent formulaire en indiquant le numéro de prélèvement
- joindre une copie du pedigree
- le prélèvement contribuera aux recherches sur les maladies génétiques du chien et du chat
- aucune contribution financière n'est demandée

Prélèvement à envoyer à ANTAGENE

Le laboratoire ANTAGENE s'engage à respecter une totale confidentialité sur l'identité des prélèvements et sur les informations transmises.

SIGNES CLINIQUES

Race _____ Date de naissance _____ Mâle Femelle

Nom _____ N° d'identification _____

(dans la mesure du possible, compléter le certificat de prélèvement joint)

Examen

- Ophtalmoscopie ERG Tonométrie
 Biomicroscopie Echographie Gonioscopie Autre _____

L'animal est atteint sur 1 œil ou les 2 yeux

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Atrophie Progressive de la Rétine (APR)
<input type="checkbox"/> Dysplasie des photorecepteurs
<input type="checkbox"/> Dystrophie des photorecepteurs
<input type="checkbox"/> Dystrophie de l'épithélium pigmentaire | <input type="checkbox"/> Cataracte | <input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Luxation du cristallin
<input type="checkbox"/> Séquestre cornéen
<input type="checkbox"/> Kérato-Conjonctive Sèche
<input type="checkbox"/> Autre _____ |
|--|------------------------------------|---|

Age d'apparition des premiers symptômes :

Description précise des symptômes :

Antécédents connus (ascendants, descendants, fratries...) et remarques :

Date :

Nom, prénom, cachet
et signature du vétérinaire :