

FORMULARIO REAL CEPPA PARA CERTIFICACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE CODOS



Nombre del ejemplar:	Veterinario:
Fecha de nacimiento:	
Tatuaje y/o Microchip:	Localidad:
Registro(CPR, LOE,SZ,...):	Sexo:
Propietario:	Sello del Veterinario
Dirección:	
Fecha de la radiografía:	

Calidad técnica:

Buena <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

LESIONES PRIMARIAS:

	NINGUNA <small>LIBRE NO AFECTADO</small>		UAP <small>FALTA UNIÓN DEL PROCESO ANCÓNEO</small>		FCP <small>FRAGMENTACIÓN DEL PROCESO DEL CORONOIDES</small>		OC <small>OSTEO- CONDROSIS</small>		INC <small>INCON- GRUENCIA</small>		OTRO <small>OTRO DIAGNÓSTICO</small>	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
AFECTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOSPECHOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARTROSIS SECUNDARIA

	D	I	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado 0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borde de línea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado II
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado III

Escala de Artrosis de acuerdo a los protocolos IEWG

La radiografía es propiedad del REAL CEPPA El propietario confirma la identificación en la radiografía	Firma del propietario	Firma del veterinario
---	-----------------------	-----------------------

La Rx. fue realizada con el ejemplar suficiente y apropiadamente sedado y relajado permitiendo la realización del examen	Firma del veterinario
--	-----------------------

Calificación Clínica (Voluntario) Normal <input type="checkbox"/> Casi normal <input type="checkbox"/> Todavía Permitido <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Firma <input type="text"/>	Calificación Dra. Margarita Durán REAL CEPPA (Diagnóstico) Normal <input type="checkbox"/> Casi normal <input type="checkbox"/> Todavía Permitido <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Firma <input type="text"/>
---	---

Campos sombreados en gris a rellenar por la Dra. Margarita Durán

Campos en letra azul a rellenar por el veterinario. El recuadro sombreado en verde es de carácter voluntario.