

Tier animal

Name name: **Umibozu Kenta**

Rasse breed: **Shikoku** Zuchtverband breed club: **Schweizer Klub Asiatische Spitze SKAS**

Zuchtbuch Nr. registration no.: **ROI 19/191026** Farbe colour: **Sésame**

Mikrochip Nr. microchip no.: **380260004212609** Tätowier Nr. tattoo: \_\_\_\_\_

Wurfdatum date of birth: **16 - 08 - 2019** Geschlecht sex:  Weiblich female  Männlich male

Bisherige Untersuchungen previous examination:  Nein no  Ja yes  Zweifelhaft undetermined  Nicht frei affected  Vorläufig nicht frei suspicious

Wenn abnormal: if abnormal: \_\_\_\_\_ Datum, Zert. Nr. + Reg. Nr. Unters. date, cert.no. + reg. no. examin: \_\_\_\_\_

DNA-Tests:  Nein no  Ja yes Typ, Datum type, date: \_\_\_\_\_

Eigentümer/Besitzer owner/agent

Name name: **Kohler Alexandre**

Adresse address: **Impasse de la Rietta 10**

Land, PLZ country, ZIP: **CH 1673** Wohnort town: **Rue**

Der Unterzeichnende ist mit den Bestimmungen des nationalen Untersuchungsprogrammes (SAVO) und des European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) einverstanden und bestätigt, dass das zur Untersuchung vorgestellte Tier das oben beschriebene ist. Er stimmt der elektronischen Speicherung dieses Zertifikates durch die SAVO und VetZ ausdrücklich zu und genehmigt die Weiterleitung des Zertifikates an den oben angegebenen Zuchtverband. Er ist mit der Auswertung der nachfolgenden Untersuchungsergebnisse einverstanden und erlaubt anonymisierte Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse durch die SAVO, das ECVO und VetZ.

The undersigned agrees to the rules of the national scheme (SAVO) and the European College of Veterinary Ophthalmologists (ECVO) and confirms that the animal submitted for examination is the one described above. Signature also means that the undersigned agrees expressly to the electronic storage of this certificate by the SAVO and VetZ and approves the transfer of the certificate to the above mentioned breeding club. He agrees with evaluations of the following results and allows anonymous publications of the results by the SAVO, the ECVO, and VetZ.

Datum, Unterschrift Eigentümer/Besitzer date, signature owner/agent

Untersuchung examination

Datum date: **19 - 02 - 2021**

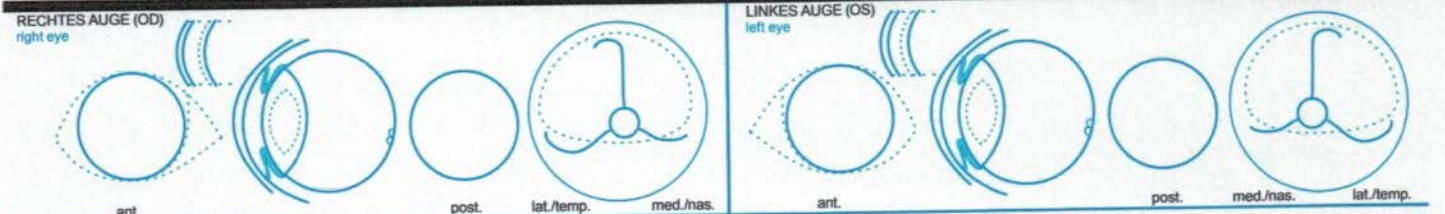
Standardmethode: Mydriatikum, Indirekte Ophthalmoskopie, Spaltlampen-Biomikroskopie ≥10x  
mydriatic, indirect ophthalmoscopy and binocular biomicroscopy ≥10x

Zusätzlich:  Untersuchung vor Weitstellung  Direkte Ophthalmoskopie  Gonioskopie (ohne Mydriatikum)  Tonometrie (ohne Mydriatikum)  Weitere: \_\_\_\_\_

Kontrolle der Tätowierung check tattoo:  Richtig correct  Teilweise/unleserlich partly/unreadable  Falsch incorrect  Fehlt absent

Kontrolle des Mikrochips check microchip:  Richtig correct  Falsch incorrect  Fehlt absent

Bei Anwendung einer weiteren Methode ist dieses Formular nur zusammen mit einer präzisierenden Urkunde gültig.  
if an other method is used, this form only has value with a specifying certificate.



Anmerkungen: descriptive comments: \_\_\_\_\_

Augenerkrankung Nr.: eye disease no.:  Geringgradig mild  Hochgradig severe

8. ICAA: Lig. Pectinatum Anomalie PLA  Geringgradig mild  Mittelgradig moderate  Hochgradig severe

Kammerwinkelweite ICA width  Eng (mittelgradig) narrow (moderate)  Verschluss (hochgradig) closed (severe)

Erbliche und vermutlich erbliche Augenerkrankungen: Known and presumed hereditary eye diseases

	* FREI	** ZWEIFELHAFT	* NICHT FREI			* FREI	** VORLÄUFIG NICHT FREI	* NICHT FREI
1. Membrana Pupillaris Persistens (MPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iris <input type="checkbox"/> Kornea	<input type="checkbox"/> Linse <input type="checkbox"/> Lamina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Persistierende hyperpl. Tunica vasculosa lentis/primärer Glaskörper (PHTVL/PHPV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2-6		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Katarakt (kongenital)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Multi)fokal <input type="checkbox"/> Geografisch <input type="checkbox"/> Total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Retinadysplasie (RD)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Choroid, Hypoplasie <input type="checkbox"/> Kolobom <input type="checkbox"/> Sonstige		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hypoplasie/Mikropapille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Collie Augenanomalie (CEA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige: other: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kammerwinkelanomalie (ICAA) (nur nach Gonioskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Geringgradig <input type="checkbox"/> Mittelgradig <input type="checkbox"/> Hochgradig		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Entropium/Trichiasis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ektropium/Makroblepharon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Distichiasis/ektopische Zilien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Korneadystrophie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Katarakt (nicht-kongenital)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Linsenluxation (primär)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Retinadegeneration (PRA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sonstige: other: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärungen interpretation

\* „Frei“: Keine Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. „Nicht frei“: Die klinischen Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung sind vorhanden. „Unaffected“ signifies that there is no clinical evidence of the presumed inherited eye disease(s) specified, whereas „affected“ signifies that there is such evidence.

\*\* Sehr geringe klinische Anzeichen, die möglicherweise auf die genannte als erblich angesehenen Augenerkrankung zutreffen, die Veränderungen sind aber nicht ausreichend spezifisch. The animal displays clinical features that could possibly fit the presumed inherited eye disease(s) mentioned, but the changes are inconclusive.

\*\*\* Das Tier zeigt geringfügige aber spezifische klinische Anzeichen der genannten als erblich angesehenen Augenerkrankung. Eine Diagnose erfordert die Kontrolle der weiteren Entwicklung in ..... Monaten. The animal displays minor, but specific clinical signs of the presumed inherited eye disease(s) mentioned. Further development will confirm the diagnosis. Reexamination in ..... months.

Für weitere Informationen bitte wenden an: \_\_\_\_\_ Untersucher examiner: **Dr. med. vet. Nicolas Murisier**

Der/Die Unterzeichnende hat das oben genannte Tier nach den Richtlinien des Programmes zur Erfassung erblicher Augenerkrankungen heute selbst untersucht und die genannten Befunde erhoben. The undersigned has today examined the above mentioned animal for the hereditary eye disease scheme with the results as shown.

Dieses Formular ist auch ohne Unterschrift gültig. This form is valid without signature.

Name: **Dr. med. vet. Nicolas Murisier**  
Ort place: **Epalinges**  
Date: **07-2019 © ECVO**

Unterschrift Untersucher, autorisiert durch ECVO signature examiner, authorized by ECVO