



## ATTESTATION

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE LORS DE LA RECHERCHE DES  
AFFECTIONS HEREDITAIRES INVALIDANTES CARDIOVASCULAIRES DU  
BULL TERRIER

**CFABT- Dr Christiane LEUNEN, 1 Villeperdue, 51210 Tréfols ,03 26 81 80 98 .**

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom : ..... Prénom : .....  
Inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaire sous le numéro : .....  
Tél. : ..... E-mail : .....

Atteste avoir examiné le chien :

Nom de naissance (*pedigree*) : .....  
Identifié - par tatouage numéro : .....  
- par puce électronique numéro : .....

Et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

### AUSCULTATION CARDIAQUE

#### Conditions de l'examen

Comportement :            Animal calme     Animal agité     Animal stressé   
Traitement en cours :    Oui                     Non

#### Examen clinique

Souffle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, préciser :			
Systolique basal gauche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intensité (de 1 à 6) :	<b>/6</b>
Systolique basal droit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intensité (de 1 à 6) :	<b>/6</b>
Systolique apexien gauche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intensité (de 1 à 6) :	<b>/6</b>
Systolique apexien droit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intensité (de 1 à 6) :	<b>/6</b>
Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Intensité (de 1 à 6) :	<b>/6</b>

### **ECHO-DOPPLER** (nécessaire seulement si présence d'un souffle supérieur à 2/6)

Résultat            Normal             Anormal             Suspect

### CONCLUSIONS

Fait à : ..... le : .....

Signature du vétérinaire

#### PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné ..... accepte que ces résultats  
soient transmis au CFABT pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection.

Fait à : ..... le : .....

Signature du propriétaire du chien