

## NORMAS DE ENVÍO DE RADIOGRAFÍAS DE DISPLASIA

El envío de radiografías de displasia para su diagnóstico deberá de seguir los siguientes pasos:

- Solicitar el Club, antes de realizar la radiografía, un impreso que, una vez firmado por el propietario del animal, autorice al Club al envío y custodia de la radiografía.
- Realizar la radiografía en uno de los veterinarios autorizados de la lista.
- La radiografía estará identificada de forma indeleble con los siguientes datos: Nombre del perro (el del pedigree, sin afijo), tatuaje o microchip o número de L.O.E., fecha de nacimiento, fecha de realización de la radiografía, apellido del propietario, e identificación de la cadera derecha y/o izquierda.
- La sedación del perro debe ser **sedación profunda de tal forma que queden totalmente relajados los músculos del animal** y se pueda hacer una lectura oficial de la misma (normativa FCI).
- El veterinario deberá realizar un certificado en el que conste que ha comprobado la identificación del perro radiografiado, y las condiciones en las que se ha hecho la radiografía (anestesia general, sedación o despierto). (Existe un modelo a vuestra disposición).
- Enviar la radiografía, el certificado y el impreso de autorización al Club, así como el justificante de ingreso bancario, a la siguiente dirección:

D. Eloy Ortega Martínez  
C/La Ermita, 49 (Junto a "La Torrona")  
39699 SAN VICENTE DE TORANZO (Cantabria)

- Realizar el ingreso de 30 Euros en la cuenta del Club en caso de ser socio y 35 euros si no es socio, como pago de los gastos de envío y honorarios de lectura y certificación, adjuntando una fotocopia del justificante de ingreso

NºCUENTA: 0128-0057-14-0102946523 (BANKINTER)

**DOCUMENTO A ADJUNTAR A LA RADIOGRAFÍA PARA SU LECTURA A CARGO DEL CEPB**

<b>NOMBRE:</b>
<b>RAZA: PASTOR DE BRIE</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>SEXO:</b>
<b>FECHA DE LA RADIOGRAFÍA:</b>
<b>Nº DE TATUAJE O CHIP:</b>
<b>Nº DE L.O.E:</b>
<b>DIRECCION:</b>
<b>POBLACIÓN:</b>
<b>CODIGO POSTAL:</b>
<b>PROVINCIA:</b>
<b>TELEFONO:</b>

El abajo firmante, Don \_\_\_\_\_ veterinario, colegiado con el número \_\_\_\_\_ en el Colegio de Veterinarios de \_\_\_\_\_ CERTIFICA:

Que la radiografía que se acompaña corresponde al animal arriba reseñado, habiendo comprobado personalmente su número de chip o tatuaje, efectuada en fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, con el fin de ser evaluada para el diagnóstico de la displasia de cadera, conociendo y aceptando la normativa dictada por el CEPB, respecto a este diagnóstico de displasia y autorizando el depósito de dicha radiografía en la Secretaría del CEPB.

**Firma del Veterinario**

Las condiciones de realización de la radiografía:

- Sedación (indicar nombre comercial del producto):
  
- Anestesia General (indicar nombre del producto):

<b>Dirección clínica veterinaria:</b>
<b>Población:</b>
<b>Código Postal:</b>
<b>Provincia:</b>
<b>Teléfono:</b>

El firmante, Don \_\_\_\_\_ declara que los datos del perro arriba reseñado, corresponden al animal de su propiedad, al que se ha efectuado la radiografía que se acompaña en la señalada fecha, que conoce y acepta la normativa dictada por el CEPB, respecto a este diagnóstico de displasia, autorizo a la vez el depósito de dicha radiografía en la Secretaría del CEPB, sin derecho a la recuperación de la misma. Asimismo, autorizo la publicación del resultado del diagnóstico de displasia del perro de su propiedad en los medios de comunicación del club.

**Firma del Propietario**

---

El veterinario colegiado que realice las placas deberá estar incluido en la lista proporcionada por el CEPB.

## IDENTIFICACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA

Únicamente se aceptarán para su lectura, las radiografías con una identificación, realizada a través de letras o cintas de plomo, que identifiquen la radiografía en el momento del disparo, y **no a posteriori**. No se aceptará ninguna identificación basada en cualquier tipo de escritura o impresión. Esta identificación deberá constar de los siguientes datos:

1. Nombre del Animal **sin afijo**
2. Fecha Nacimiento
3. Fecha Radiografía
4. **Apellido** del Propietario
5. Número de L.O.E. ó número de tatuaje ó número de chip.
6. Identificar lado derecho e izquierdo del animal

El punto nº 5 se ha modificado, antes era número de chip ó número de tatuaje, pero debido a la gran cantidad de números que tenía el chip y que muchas veces no entraba bien en la radiografía, se ha añadido como opción el número de L.O.E.

Cualquier radiografía no identificada con esta información, no será evaluada.

## CARACTERÍSTICAS NECESARIAS EN LA RADIOGRAFÍA

- Calidad: La Radiografía deberá ser de buena calidad y deberá estar bien contrastada.
- La radiografía deberá incluir toda la cadera, los fémures, rótulas y las mesetas tibiales.
- Posicionamiento: La cadera deberá estar simétricamente colocada, los fémures deberán estar paralelos y las rótulas centradas.

## SOLICITUD DE ENVIO DE RADIOGRAFÍA

Yo,  
D./Dña \_\_\_\_\_  
, como propietario/a del perro de nombre \_\_\_\_\_,  
sexo \_\_\_\_\_, con tatuaje/microchip: \_\_\_\_\_,  
número de L.O.E. \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_,

SOLICITO:

Al Club Español del Pastor de Brie el **envío** para su diagnóstico de displasia de la radiografía adjunta, correspondiente al perro arriba señalado y tomada en fecha \_\_\_\_\_, al lector oficial, Pr. Genevois, de acuerdo con la normativa actualmente en vigor.

Así mismo, concedo cesión de uso de la mencionada radiografía al Club Español del Pastor de Brie, y mantengo mi conformidad en que quede depositada en ese Club, así como a publicar el resultado del diagnóstico en los boletines internos del Club, o como en cada caso se considere conveniente, de acuerdo a los objetivos marcados en sus estatutos de pretender una mejora constante en el seno de la raza.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMADO