



FICHA DE AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA

Nome do animal _____
Tatuagem _____ CRO Nº _____
Proprietário _____
Resid. _____ Cidade _____ Est. _____
Radiografia tirada no dia _____

CARIMBO DO VETERINÁRIO

Data:

QUALIFICAÇÃO DE POSIÇÃO

				Duvidoso
Bacinete simétrico	<input type="checkbox"/>	assimétrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membro posterior bem estendido	<input type="checkbox"/>	insuficientemente ext.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membro posterior bem rotado	<input type="checkbox"/>	insuficientemente rot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALIFICAÇÃO DO ACETÁBULO

Impressão geral:	profundo	<input type="checkbox"/>	pouco profundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			até plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contorno anterior	bem demarcado	<input type="checkbox"/>	mal demarcado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			c/ irregularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contorno craneolateral:	acompanha contorno	<input type="checkbox"/>	achatado para a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	da cabeça do fêmur		frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALIFICAÇÃO DA CABEÇA DO FÊMUR

Impressão geral	esférica	<input type="checkbox"/>	achatada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			forma de cogumelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			angulosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posição da cabeça	profundo	<input type="checkbox"/>	subluxação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no acetábulo			luxação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALIFICAÇÃO DO COLO DO FÊMUR

fino	<input type="checkbox"/>	cilíndrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
acentuadamente				
diferenciado da cabeça	<input type="checkbox"/>	curto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
contorno bem				
demarcado	<input type="checkbox"/>	mal demarcado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
espesso (densidade				
igual)	<input type="checkbox"/>	densidade irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		osteofitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALIFICAÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR

delimitação concêntrica	<input type="checkbox"/>	divergente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------------

VÁRIOS:

Medida segundo	ângulo 105°	<input type="checkbox"/>	menor de 105°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norberg	ou maior				

DIAGNÓSTICO DO VETERINÁRIO

Nenhum sinal de displasia coxo-femural	<input type="checkbox"/>
Suspeita de displasia coxo-femural	<input type="checkbox"/>
Leve displasia coxo-femural	<input type="checkbox"/>
Displasia média coxo-femural	<input type="checkbox"/>
Displasia grave coxo-femural	<input type="checkbox"/>

ARBITRAGEM E/OU QUALIFICAÇÃO DO CBPA

Normal	<input type="checkbox"/>
Quase normal	<input type="checkbox"/>
Ainda permitido (I)	<input type="checkbox"/>
Displasia média (II)	<input type="checkbox"/>
Displasia grave (III-IV)	<input type="checkbox"/>