

**SCHEDA PER RIPRODUTTORI
RAZZA SACRO DI BIRMANIA**

Nome

Sesso

Numero di registrazione..... **presso**.....

Numero di identificazione.....

Colore.....

Gruppo sanguigno.....

Screening preventivo

- Controllo apparato genitale specifico per escludere

Monorchidismo

Criptorchidismo

- Controllo internistico generico e specifico per escludere

Malformazione vertebre caudali

Ernia ombelicale

- Controllo odontostomatologico specifico per escludere
malocclusione

- Test PKD ecografico dopo i 10 mesi (consigliato)
ecografia riportante numero di microchip

- Test gruppo sanguigno

- Test genetico per il colore del mantello

- Test HCM ecocardiografico

Esami annuali

- Vaccinazioni di routine (obbligatorie trivalente e antirabbica, consigliata Felv)

- Test Fiv

- Test Felv (per non vaccinati)

- Controllo internistico annuale e certificato di buona salute