



PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE LUXAÇÃO PATELAR

1. O exemplar ter no mínimo um ano de idade;
2. Enviar fotocópia do LOP ou outro registo
3. Enviar o formulário devidamente preenchido pelo Médico veterinário que examina o exemplar;
4. Caso sejam necessárias radiografias, as mesmas devem estar identificadas com:
 - Nome do exemplar;
 - Tatuagem ou número de microchip
 - Data de Nascimento
 - Data da realização do exame radiográficoGravadas em formato DICOM (qualquer radiográfica que não esteja neste formato, não será válida)

Grau I: A patela pode ser deslocada manualmente, mas retorna à sua posição normal quando libertada

Grau II: A patela desloca-se quando fazemos flexão do joelho ou quando o mesmo é manipulado, permanece deslocada até à extensão do joelho ou reposicionamento manual;

Grau III: A Patela está permanentemente deslocada. A luxação pode ser reduzida manualmente, mas a mesma volta a luxar assim que retiramos a mão. Provavelmente com alterações radiográficas.

Grau IV: Luxação permanente da patela, irreductível no exame físico. Provável deformação óssea concomitante. Alterações radiográficas significativas; assim como alteração da marcha; podendo estes exemplares ter o apoio exclusivo nos membros anteriores.)

Os exames e impressos devidamente preenchidos deverão ser enviados para a **Delegada de Saúde do CPBF**.

Dr^a Inês Freitas - CVMI
Rua da Alemanha nº 189 B • 2775 - 397 Carcavelos

ou email:
saude@cpbf.pt



IMPRESSO PARA DIAGNÓSTICO DE LUXAÇÃO DE PATELA

Identificação: N° LOP: Sexo: M F Peso (kg):

Nome e Afixo:

Data de Nascimento: Tatuagem/Chip:

Verificação da identificação (microchip/tatuagem): Confirmada Duvidosa Ilegível

Proprietário: Sócio nº:

Morada:

Telefone: Email:

Assinatura:

Autorizo o Clube a utilizar e publicar, através dos meios oficiais, os resultados e dados deste exame

EXAME FÍSICO ORTOPÉDICO:

Exame físico ortopédica às patelas - Grau							
Esquerdo	0	I	II	III	IV	Lateral	Medial
Direito	0	I	II	III	IV	Lateral	Medial

(selecionar a classificação)

Necessidade de exame radiográfico em anexo: Sim Não

Nome do Médico Veterinário: Cédula profissional nº:

Morada:

Telefone: Email:

Data do Exame: ____ / ____ / ____

Assinatura e Vinheta do Médico Veterinário
