



# Club du Bouledogue Français

ASSOCIATION À BUT NON LUCRATIF RÉGIE PAR LA LOI DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 1901

AGRÉÉE PAR LE MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

AFFILIÉE À LA SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE 



## Tests BREATH et TAN

### BOLBEC (76)

Le Haras - 63, rue Fontaine Martel

**Dimanche 31 octobre 2021**

de 14h à 17h, en extérieur.

### Races concernées

**Bouledogue Français** : BREATH et TAN

**Autres races** : BREATH UNIQUEMENT pour

Bulldog Anglais, Carlin, Dogue de Bordeaux, Epagneul Japonais,

Epagneul King Charles, Epagneul Pékinois, Griffon Belge,

Griffon Bruxellois, Shih Tzu, Terrier de Boston

**TARIF UNIQUE : 35 euros**

Demande d'engagement et règlement par chèque à l'ordre du CBF, à envoyer par courrier postal à la Trésorière du CBF: Mme Cathy BETHENCOURT, 19 Le Plein, 16360 BAINES SAINTE RADEGONDE  
Renseignements au : 06 17 20 44 46

Les chèques seront encaissés après la séance ou retournés en cas d'annulation COVID.

### DEMANDE D'ENGAGEMENT :

A remplir soigneusement, à retourner pour **le 15 octobre au plus tard**, date de réception  
Pas d'engagement au poteau

N° tatouage ou transpondeur : \_\_\_\_\_ N° Livre d'Origines : \_\_\_\_\_  
(avec indication du pays de ce livre)

Nom du chien : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Mâle  Femelle

Nom du père (avec l'affixe) : \_\_\_\_\_

Nom de la mère (avec l'affixe) : \_\_\_\_\_

Producteur : \_\_\_\_\_  
(propriétaire de la lice à la saillie)

Propriétaire M. Mme Mlle \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Votre adresse courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Les règles sanitaires sont celles en vigueur au jour de la manifestation.  
Le carnet de vaccination à jour sera présenté au vétérinaire officiant.**

Test organisé le ...../...../..... à ..... Par le Club de race : .....

### Résultat pour le chien :

Nom du chien : .....

Affixe ou préfixe : .....

Race : ..... Sexe : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Identifiant (tatouage ou transpondeur) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Je soussigné, Docteur Vétérinaire, Nom ..... Prénom .....

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre ..... certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Je certifie avoir surveillé le chien ci-dessus lors du test fonctionnel organisé par le club de race, et lui attribuer les résultats suivants.

**Parcours :** Température ambiante : en intérieur  ombragé  semi-ombragé  ensoleillé

**Distance : ..... m      Heure de départ :      Heure d'arrivée :      Durée : ..... min**

**Note d'Etat Corporel :** ...../5 (de 1 : Très maigre à 5 : Obèse)

**Allure :**  Démarche facile  Démarche dysharmonieuse sans boiterie

Légère boiterie  Boiterie importante

Commentaires éventuels :

Respiration	Avant effort	Après effort
Respiration calme, bouche fermée		
Respiration et halètement normaux		
Léger raclement sans encombrement		
Raclement <u>avec</u> encombrement glaireux		
Crachats et /ou vomissements		
Détresse respiratoire <u>sans cyanose</u> (respiration rapide, bruyante, tirage costal)		
Détresse respiratoire <u>avec cyanose</u> des muqueuses.		

**Refus de marche ou parcours non terminé**

**Fréquence cardiaque** (les mesures à l'arrivée et après l'arrivée sont facultatives pour les chiens APTE+ / BREATH-1+) :

**Au départ : ..... bpm**

**À l'arrivée : ..... bpm**

**10 min après l'arrivée : ..... bpm**

### Résultat du test fonctionnel :

REFUSÉ (BREATH-0)	APTE (BREATH-1)	APTE + (BREATH-1+)
Refus de marche ou parcours non terminé	Chien ayant satisfait aux conditions du test, mais apparaissant essoufflé, tirant la langue ou légèrement fatigué et proche de la limite maximale de temps. La fréquence cardiaque revient proche de sa valeur de départ.	Chien ayant parcouru la distance facilement dans un temps moindre et n'arrivant pas du tout essoufflé.
Crachats et /ou vomissements		
Détresse respiratoire <u>sans cyanose</u>		
Détresse respiratoire <u>avec cyanose</u>		

Fait à : ..... le : ... /... /.....

Signature et cachet du vétérinaire :

Nom et signature de l'expert du club :

### PARTIE À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e) .....

- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale (inclus voile du palais et narines) susceptible de modifier les conclusions de l'examen ;

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race qui les transmettra à la Société Centrale Canine, pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui leur sont dévolues.

Fait à : ..... le : ... /... /.....

Signature du propriétaire du chien :