

DNA for Healthy Cavaliers

Syringomyelia - Mitral Valve disease - Epilepsy



Instructions pour la collecte ADN - mise à jour mars 2005

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à ce projet dont le but est de collecter l'ADN de CKC sains et de ceux affectés par la syringomyélie et/ou l'endocardiose mitrale (Mitral Valve Disease – MVD) et/ou l'épilepsie. La syringomyélie et l'endocardiose mitrale sont largement répandues dans les lignées de CKC et l'épilepsie est commune. Malheureusement, il n'est pas possible d'établir un programme de sélection basé sur le fait d'écarter certains chiens. Un moyen possible est de développer un test de dépistage des gènes responsables de façon à ce que les chiens affectés et les porteurs sains puissent être identifiés et sélectionnés de manière saine.

Soyez assurés qu'un soin particulier et toute l'attention possible sont apportés pour s'assurer que **TOUTES LES INFORMATIONS SOIENT GARDEES STRICTEMENT CONFIDENTIELLES**. Le propriétaire conserve le droit de retirer l'échantillon sanguin de son chien à tout moment. L'ADN sera extrait de l'échantillon, conservés et rendu disponible pour des scientifiques *bone fida* (de bonne foi) dans le champ de la recherche sur les maladies animales et la génétique. Merci de signer le formulaire de phénotype à cet effet (voir bas du formulaire).

Vous aurez besoin

- **5-10ml de sang** (ou le plus possible*) **dans un tube avec un anticoagulant type EDTA (tubes au bouchon lavande, ceux-ci empêchent la coagulation)**
- **formulaire de phénotype form** complété et avec le consentement signé par le propriétaire du chien **plus un duplicata complet qui doit être envoyé au Dr. Clare Rusbridge. MERCI DE METTRE A JOUR CE FORMULAIRE EN CAS D'EVOLUTION DE L'ETAT DE VOTRE CHIEN ET DE LE RENVOYER AU DR. RUSBRIDGE.** (Formulaire disponible en téléchargement en version anglaise sur le site anglais ou auprès de Melanie Benard – voir contact ci-dessous).
- **Comptes-rendus médicaux** (i.e. résultats d'IRM ou d'examen cardiaque) si disponibles
- **pedigree sur au moins 5 générations.**

Ce que vous devez faire

Assurez vous que **le nom indiqué sur le tube correspond au nom de pedigree du chien. (Le nom sur le tube doit correspondre au nom sur le formulaire de phénotype.)** Envoyez par FedEx le(s) échantillon(s) de sang/ADN, formulaire(s) de phénotype et comptes-rendus médicaux par LIVRAISON DURANT LA NUIT à l'adresse indiquée ci-dessous. Vous pouvez utiliser le compte FedEx suivant : **#31-2094-789.**

Empaquetage: Les tubes devraient être entourés d'un papier absorbant en cas de fuites. Les échantillons peuvent être envoyés dans un **Pack pour spécimen pour diagnostic FedEx (FedEx Diagnostic Specimen Pak)** (FedEx peut vous fournir cet emballage) ou dans une boîte. **Si vous envoyez les échantillons dans une boîte, merci de noter « ECHANTILLONS SANGUINS-PERISSABLES / BLOOD SAMPLES-PERISHABLE » en lettres majuscules sur la boîte. Les échantillons doivent être conservés à température ambiante (pas de gel ou de pack de glace nécessaire).**

Merci d'inclure une complète description du contenu (i.e. une lettre établissant que le colis contient des échantillons de sang canin qui ne sont **ni infectieux ni dangereux** et destinés à la recherche). **Assurez vous d'avoir inclus les formulaires de phénotypes et comptes-rendus médicaux.**

Envoyés les échantillons à:

Dr. Guy A. Rouleau –C/O Melanie Benard
Centre for the Study of Brain Diseases
CHUM - Notre Dame Hospital
J.A. de Sève Pavillion, Reception
2099, Alexandre de Sève St.
Montreal, Québec

H2L 2W5 CANADA

Fax: 514-934-8265
Phone: (514) 934-1934, ext.44043
melanie.benard@mail.mcgill.ca

Merci d'appeler par téléphone ou e-mail Melanie Benard pour lui annoncer l'arrivée d'un colis.

Working together

United States of America -----Canada-----Netherlands-----United Kingdom

DNA for Healthy Cavaliers

Syringomyelia - Mitral Valve disease - Epilepsy



***** Envoyez par courrier, fax ou e-mail la copie des formulaires de phénotype (ET LES FORMULAIRES MIS A JOUR) et les pedigrees à:**

Dr. Clare Rusbridge, BVMS, DipECVN

numéro de fax confidentiel 00 44 208 7860525

Stone Lion Veterinary Centre,
41 High Street, Wimbledon, SW19 5AU, UK

email: neuro.vet@btinternet.com

DNA for Healthy Cavaliers

Syringomyelia - Mitral Valve disease - Epilepsy



Phénotype

ID# _____ (ne rien inscrire)

Envoyer à : Pr. Clare Rusbridge, Stone Lion Veterinary Centre, 41 High Street, Wimbledon, SW19 5AU, UK
Confidential Fax: (011-44) 208 786-0525 or email: neuro.vet@btinternet.com

Nom complet du chien : _____ N° du pedigree : LOF 9 CAV. K. _____ / _____

Date d'anniversaire : ____ / ____ / ____ Cas No (chez le vétérinaire référant) _____ Nom du propriétaire : _____

Couleur	Blenheim	B	Sexe	Mâle	M	Nom/Cachet du vétérinaire :
	Noir et Feu	B/T		Mâle stérilisé	MN	
	Ruby	R		Femelle	F	
	Tricolore	T		Femelle stérilisée	FN	

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Date du prélèvement - _____ Vétérinaire référant : _____

Syringomyélie (Merci de cocher la case appropriée)

Pas de signes cliniques Age d'apparition (si possible) – ____ ans ____ mois

Grattage des épaules Douleur au cou Scoliose Ataxie pelvienne Faiblesse des membres antérieurs

IRM effectué Oui Non Une chirurgie a-t-elle été pratiquée ? Oui Non Age ____ ans ____ mois

Hypoplasie occipitale Oui Non

Hernie cérébrale Oui Non

Syringomyélie Oui Non

Surface de la moelle épinière affectée _____

- <1/3 du diamètre de la moelle
- 1/3-2/3 du diamètre de la moelle
- > 2/3 du diamètre de la moelle

Déviations médullaires Oui Non

Hydrocéphalie secondaire Oui Non

Compte-rendu du neurologue joint

Précisions sur d'éventuels parents affectés _____

DNA for Healthy Cavaliers

Syringomyelia - Mitral Valve disease - Epilepsy



Mitral Valve Disease (merci de compléter/cocher les cases appropriées)

Grade du souffle /6 Age à la dernière écoute claire ____ans ____mois Age où le soufflé a été diagnostiqué ____ans ____mois

Stade de l'endocardiose cardiaque Age au moment du diagnostic ____ans ____mois Examiné par Cardiologue certifié Praticien généraliste

- Normal (0) *pas de souffle*
 Léger (1) *Evidence d'une fuite cardiaque (i.e. souffle) mais pas de signes cliniques (taille normale du coeur à la radiographie / scan et pas d'œdème pulmonaire)*
 Modéré (2) *Comme 1 plus légère toux et/ou augmentation de volume de l'oreillette gauche à la radiographie, pas d'œdème pulmonaire.*
 Sévère (3) *Comme 2 mais a eu besoin ou nécessite encore frusemide pour traiter un œdème pulmonaire (défaillance cardiaque). A ou a eu des signes cliniques comme la toux, essoufflement à l'effort, intolérance à l'exercice.*
 Très sévère (4) *Sous médication multiple pour contrôler les signes cliniques de la cardiopathie, incapacité à l'exercice.*

Traitement médical reçu _____

Compte-rendu d'examen du cardiologue / résultats d'échographie joint

Précisions sur d'éventuels parents affectés _____

Epilepsie (merci de compléter/cocher les cases appropriées)

Epilepsie primaire Chutes épisodiques Désordre compulsive (e.g. gobage de mouches)
Age du diagnostic – Médicaments reçus -

Autres (merci de préciser) -

Si applicable: Age du décès ____ans ____mois **Cause du décès** _____ **age au précédent phénotype** ____ans ____mois

Consentement éclairé :

J'ai lu et ai compris le prospectus d'information expliquant le fonctionnement de la participation de la France à la collecte d'ADN lancée au Royaume Uni pour les animaux de compagnie.

Je comprends que pour avancer dans notre compréhension des maladies vétérinaires nous avons besoin de déterminer comment une maladie particulière affecte le profil génétique de l'animal.

Je comprends également que n'importe quel test génétique portant sur mon animal ne permettra pas de donner d'information spécifique sur son affection mais contribuera à augmenter la connaissance de la maladie dans l'espèce. Je me rends compte qu'aucune information spécifique quant aux tests génétiques effectués sur mon animal ne me sera rapportée du fait de la confidentialité qui entoure ces analyses.

Je suis d'accord pour que l'ADN extrait d'un échantillon sanguin pris sur mon animal puisse être utilisé entièrement pour des buts de recherche. Je donne mon consentement pour qu'il soit stocké et rendu disponible pour les scientifiques travaillant dans le domaine de la maladie animale et de la génétique.

Je comprends que toute information que je donne sera tenue confidentielle et que la source de l'ADN archivé ne sera pas divulguée.

Je comprends que cette recherche ne profitera pas à mon animal directement, mais que dans l'avenir, elle peut être bénéfique à d'autres animaux.

Je comprends que le stockage de l'ADN se fera à l'Université de Liverpool mais que je conserve le droit d'enlever l'échantillon de sang de mon animal de l'archive dans le futur si je le souhaite.

Nom _____

Signature **OBLIGATOIRE**

Date ____ / ____ / ____

CUSTOMS DECLARATION FORM
FORMULAIRE DE DECLARATION DOUANIERE

Date:

Date mm/jj/aaaa

To whom it may concern:

Pour les personnes qui peuvent être concernées :

This package contains canine DNA specimens that are:

Ce colis contient des échantillons d'ADN canin qui sont :

- a) not infectious.
Non infectieux

- b) of no commercial value.
Sans valeur commerciale

- c) for research purposes only.
Uniquement destinés à la recherche médicale

For further information, do not hesitate to contact:

Dr. Guy A. Rouleau –C/O Melanie Benard

Centre for the Study of Brain Diseases,

CHUM - Notre Dame Hospital

J.A. de Sève Pavillion, Reception

2099, Alexandre de Sève St.

Montreal, Québec

H2L 2W5

CANADA

Fax: (514)-934-8265

Phone: (514) 934-1934, ext.44043

Sincerely,

Sincères salutations,

Name, address and Signature of sender :

Nom, adresse et signature de l'expéditeur :

À compléter ici

Commercial Invoice
(Facture commerciale)

Date of Export : Date mm/jj/aaaa				Export References (i.e. ordre no., invoice no., etc.) : Fedex account #31-2094-789				
Shipper/Exporter (complete name and address) : Votre adresse				Recipient (complete name and address) : Dr. Guy A. Rouleau –C/O Melanie Benard Centre for the Study of Brain Diseases CHUM - Notre Dame Hospital J.A. de Sève Pavillion, Reception 2099, Alexandre de Sève St. Montreal, Québec H2L 2W5 CANADA Fax: 514-934-8265 Phone: (514) 934-1934, ext.44043				
Country of export :				Importer - if other than recipient (complete name and address) : As above				
Country of manufacture : France								
Country of ultimate destination : Canada								
Federal Express International Air Waybill Number : Le nombre sur le bordereau d'expédition				Currency : Euro				
Marks/Nos	No. Of pkgs	Type of packaging	Full description of goods	Qty	Units of measure	Weight	Unit Value	Total Value
1 of 1	1	Description physique du colis	Blood samples not infectious, not dangerous		tube	Poids < 1kg	g	5\$
	Total No. Of Pkgs					Total Weight		Total invoice value
	1					Poids < 1kg		5\$
I declare all the information contained in this invoice to be true and correct Signature of shipper/exporter (type name and title and sign) Date :							Check One	
Nom manuscrit							<input checked="" type="checkbox"/> FOB	
							<input type="checkbox"/> C&F	
							<input type="checkbox"/> CIF	
							mm/jj/aaaa	