



## Dati Personali

Proprietario Sig. \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_  
Specie: \_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_ Sesso: m.  f.   
Età: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Colore: \_\_\_\_\_  
Microchip \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di autorizzazione e consenso informato al ricovero ● trattamenti terapeutici medici e/o chirurgici ● all'anestesia generale ● con accettazione del preventivo allegato.

In qualità di proprietario dell'animale sopra descritto (o persona autorizzata con delega dal proprietario stesso) dichiaro di essere maggiorenne e di **autorizzare le seguenti procedure:**

- Intervento chirurgico in anestesia generale consistente in** \_\_\_\_\_
- Anestesia generale**       **Sedazione per:** \_\_\_\_\_
- Anestesia generale per indagine diagnostica consistente in** \_\_\_\_\_
- Ricovero**
- Altro:** \_\_\_\_\_

1. In considerazione delle suddette procedure vengono **effettuati e/o consigliati** di routine i seguenti esami:
  - Esame emocromo citometrico  Profilo preoperatorio di base (6 parametri)  Profilo preoperatorio completo (12 parametri)  E.C.G.  RX  Profilo coagulativo  Ecografia  Ecocardiografia  Gastrosopia  Colonscopia  Rinoscopia
  - Broncoscopia  Esame del liquor  Mielografia  Tac  Risonanza magnetica
  - Visita specialistica con: \_\_\_\_\_  altro: \_\_\_\_\_ che dichiaro espressamente di autorizzare, secondo il preventivo sottoposti; ovvero:  **dichiaro di ritenere superflue** le indagini proposte ed indicatemi come necessarie e autorizzo i medici ad eseguire l'intervento chirurgico/terapeutico direttamente.
2. In caso di asportazione di una parte anatomica si autorizzano  gli esami consigliati ( \_\_\_\_\_ ) ovvero non si autorizzano  gli esami consigliati, e che in caso di invio a laboratori esterni di campioni per l'effettuazione degli esami, lo smarrimento degli stessi non è imputabile ai medici veterinari curanti.
3. Dichiaro di essere stato informato che il mio animale verrà sottoposto ad anestesia generale e che tale pratica non è esente da complicità generali ed a rischi intrinseci anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.
4. Dichiaro di essere stato informato della necessità di sospendere l'alimentazione solida e liquida 12 ore prima dell'anestesia, della qual cosa mi assumo la diretta responsabilità.
5. Qualora durante l'intervento si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico relative sia alla malattia, che alle condizioni generali del mio animale, accetto, sin d'ora, le modifiche che si rendessero necessarie.
6. Dichiaro infine di essere stato informato degli eventuali rischi che tale intervento comporta, e che comunque verranno adottate le misure precauzionali e procedurali idonee, dichiaro di essere a conoscenza che la funzionalità anatomico-fisiologica della parte interessata dall'intervento non necessariamente verrà ristabilita, o addirittura non verrà restituita.
7. Con le dimissioni dell'animale dalla struttura veterinaria, che avviene dopo che il personale medico ha accertato che i parametri fisiologici risultano nella norma, mi assumo personalmente la responsabilità di vigilare l'animale, e comunicare tempestivamente in caso di necessità ai medici eventuali complicazioni di qualsiasi natura, onde evitare che situazioni contingenti e/o comportamenti imprevedibili dello stesso possano condizionare negativamente l'esito dell'intervento od esporre a rischi la vita, motivo per il quale quindi sollevo con la presente da ogni responsabilità i medici e il direttore sanitario.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_