

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto (cognome e nome) _____
Indirizzo _____ Cap _____ Comune _____
Proprietario/a o Affidatario/a di (nome dell'animale): _____
Specie _____ Razza _____ Sesso _____ Età _____

DICHIARO di essere maggiorenne e di essere consapevole che l'animale sopraindicato debba essere sottoposto ad intervento di:

DICHIARO di essere stato informato/a in modo chiaro e per me comprensibile, sia dei benefici che dei rischi generici e specifici e delle possibili complicanze che dall'intervento stesso e dal decorso post-operatorio possano derivare, anche qualora l'intervento venga espletato secondo tutte le tecniche dell'arte, con perizia e diligenza.

DICHIARO di essere stato informato/a in maniera particolareggiata in merito agli accertamenti diagnostici clinici e/o strumentali a cui dovrà essere sottoposto il mio animale.

DICHIARO inoltre di essere stato esaurientemente informato sul tipo di anestesia cui verrà sottoposto l'animale e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali.

MI È STATO SPIEGATO che l'anestesia a cui verrà sottoposto l'animale è sicura in quanto utilizza tecniche moderne; tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da rischi, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

ESSENDOMI STATO PROPOSTO il seguente profilo pre-operatorio per valutare al meglio i rischi anestesiológicos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> analisi ematobiochimiche | <input type="checkbox"/> ElettroCardioGramma | <input type="checkbox"/> gruppo sanguigno |
| <input type="checkbox"/> analisi urine | <input type="checkbox"/> RX torace/addome | <input type="checkbox"/> tempo sanguinamento buccale |
| <input type="checkbox"/> profilo coagulativo | <input type="checkbox"/> ecografia cuore/addome | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> visite specialistiche con _____ | | |

HO DECISO di:

- accettare il profilo propostomi
 non far eseguire alcun esame, sotto la mia piena responsabilità
 optare, sotto la mia piena responsabilità, per un profilo meno esteso comprendente i seguenti esami:

DICHIARO infine di aver sospeso l'alimentazione solida dell'animale a partire dalle ore _____ del giorno _____

Parte riservata al medico Veterinario

Per le condizioni del paziente, verificate clinicamente e/o strumentalmente, il rischio anestesiológico è:

- non valutabile normale aumentato molto aumentato

PERTANTO, NELLA MIA PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE, E PRESO ATTO DELLA SITUAZIONE ILLUSTRATAMI, AUTORIZZO il Dr./la Dr.ssa _____ ad effettuare sull'animale sopraindicato le procedure diagnostiche, anestesiológicas, terapeutiche che mi sono state prospettate. Inoltre, essendo stato informato della possibilità che durante l'intervento si possano verificare variazioni del programma concordato e che comunque verranno scelte le soluzioni tecnico-operative che meglio salvaguardino la salute dell'animale, accetto fin d'ora le modifiche che si rendessero necessarie.

Data _____ Firma Veterinario _____ Firma Proprietario _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt 1341 e 1342 del C.C. Approviamo specificatamente l'informativa sopra descritta.

Data _____ Firma Veterinario _____ Firma Proprietario _____