**CONSENSO INFORMATO**

**A RICOVERO, TRATTAMENTI DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI, INTERVENTI CHIRURGICI ED ANESTESIA**

**Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proprietario/a o Afﬁdatario/a di (nome dell’animale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Specie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ Età:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mantello:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARO** di essere consapevole che l’animale sopraindicato debba essere sottoposto ad intervento di

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DICHIARO** di essere stato informato in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo al tipo di anestesia e/o intervento e/o esame diagnostico e/o ricovero che il caso richiede ed alle relative tecniche di esecuzione, sia dei benefici che dei rischi generici e specifici e le possibili complicanze che dalle procedure diagnostiche e terapeutiche dal decorso post operatorio possano derivare anche qualora le procedure diagnostiche e terapeutiche vengano espletate secondo tutte le tecniche dell’arte, con perizia e diligenza e di accettarli integralmente.

**DICHIARO** inoltre, di essere a conoscenza che le condizioni generali di salute del mio animale lo espongono alle seguenti possibili complicanze aggiuntive: ………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DICHIARO di aver rispettato le indicazioni relative alla preparazione del paziente all’anestesia/intervento/procedura diagnostica

**DICHIARO** di essere stato informato/a in maniera particolareggiata in merito agli accertamenti clinici e/o strumentali a cui dovrà essere sottoposto/a il mio animale, anche in relazione all’eventuale uso di mezzi di contrasto e/o di tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici.

**SONO CONSAPEVOLE** che l’anestesia moderna è sicura, tuttavia tale pratica non è esente da complicanze anche se effettuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente essere fatali, ma questa evenienza non può comunque essere esclusa a priori.

**ACCETTO** che il Medico Veterinario impieghi o modifichi durante le procedure sopra descritte le metodiche che riterrà più idonee al caso e alle condizioni cui si troverà a fare fronte.

**ACCETTO** che i medici che effettuano le prestazioni trasmettano ogni eventuale comunicazione riguardante l’animale al Dr……………………………..………………………,. Tel……………………………………………………….

e mail ……………………….…………………… o al sottoscritto personalmente.

**ACCETTO** inoltre che possano essere scattate fotografie e ripresi filmati durante le visite e le procedure sopradescritte

**DICHIARO** di essere stato esaurientemente informato circa i rischi, le modalità ed eventuali complicanze delle procedure descritte di averli compresi e di accettare l’esecuzione delle prestazioni stesse.

**DICHIARO** di essere a conoscenza che la completa guarigione dell’animale non può essere garantita in ogni caso.

**DICHIARO** d’impegnarmi a seguire le indicazioni e le terapie prescritte dal medico veterinario nei tempi e modi indicati.

**DICHIARO** di essere stato informato delle tariffe professionali e di farmi carico personalmente del pagamento della prestazione professionale.

Pertanto, nella mia piena capacità di intendere e di volere e preso atto della situazione illustratami,

**AUTORIZZO**

* **IL RICOVERO dell’animale di cui sopra il segnalamento**
* **AUTORIZZO** il Dott./la Clinica/l’Ospedale/ecc. ed il suo personale ad effettuare sull’animale sopra indicato le procedure diagnostiche o e necessarie che mi sono state descritte. Inoltre, essendo stato informato della possibilità che durante tali procedure, in caso di necessità, potrebbero esserci variazioni del programma concordato alla firma del presente consenso e che comunque verranno scelte le soluzioni tecnico-operative che meglio salvaguardino la salute dell’animale
* **ACCONSENTO** che il MEDICO veterinario modifichi la tecnica operatoria e/o il tipo di intervento e/o trattamento medico ed eventuali procedure di diagnostica per immagini e di laboratorio concordati, qualora se ne presentasse la necessità e la mia assenza non mi permettesse di esprimere nuovo consenso.
* **AUTORIZZO** la conservazione dei dati raccolti durante le procedure diagnostiche o terapeutiche nonchè di eventuali campioni biologici prelevati dall’animale nell’ambito della procedura diagnostica o terapeutica intrapresa e residuati dopo le analisi di routine, per eventuale esecuzione di ulteriori indagini utili ai fini diagnostici o di ricerca
* **AUTORIZZO** l’utilizzo del materiale fotografico e multimediale raccolto in forma anonima a scopo di didattica o di ricerca.
* **ESONERO** altresì il Dott./la Clinica/l’Ospedale/ecc. da ogni responsabilità per cause fortuite, impreviste o imprevedibili

Data:…………………………………….

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ……………………………………………

(il proprietario o l’afﬁdatario dell’animale) (Medico Responsabile)