

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO STERILIZZAZIONE CANI

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
proprietario/responsabile ( o formalmente delegato /a per iscritto dal proprietario) del cane nome \_\_\_\_\_  
razza \_\_\_\_\_ di sesso \_\_\_\_\_ taglia \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
identificato con microchip \_\_\_\_\_

DICHIARO di essere consapevole che gli animali sopra indicato saranno sottoposti a intervento di ovarioisterectomia nel caso di soggetti di sesso femminile e orchietomia per quelli di sesso maschile.

DICHIARO di essere stato informato in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo al tipo di anestesia, di intervento e alle relative tecniche di esecuzione, sia dei benefici che dei rischi generici e specifici e le 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 e di accettarli integralmente.

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 all'espletamento delle prestazioni mediche partecipi il personale medico e infermieristico ritenuto necessario o utile.

ACCETTO che i medici che effettuano le prestazioni trasmettano ogni eventuale comunicazione riguardante l'animale al sottoscritto personalmente.

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

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

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

### AUTORIZZO

la ASL di Viterbo e il suo personale ad effettuare sull'animale sopra indicato le procedure mi sono state descritte. Inoltre, essendo stato informato della possibilità che durante l'intervento, in caso di necessità, potrebbero esserci variazioni del programma concordato preoperatoriamente 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 concordati, qualora se ne presentasse la necessità e la mia assenza non mi permettesse di esprimere nuovo consenso.

Data:.....

Firma \_\_\_\_\_

Cane visitato in sede preoperatoria dal dott: \_\_\_\_\_ e giudicato

Idoneo

Non idoneo Motivazione : \_\_\_\_\_

Firma del Medico Veterinario \_\_\_\_\_