

Dr POTTIER Joséphine, n° d'ordre : 25484
8 lotissement des Lucioles
04220 Sainte-Tulle
04 92 72 19 81
clinvetdeslucioles@gmail.com
www.cliniqueveterinaire-stetulle.fr



Formulaire de consentement éclairé en vue d'une intervention chirurgicale

A RAPPORTER REMPLI ET SIGNÉ LE JOUR DE L'INTERVENTION

☐ Chien ☐ Chat Nom de l'animal : Âge :
Pathologies ou maladies connues :
Traitements actuels :
Nom du propriétaire :
Numéro de téléphone (joignable ce jour) :

Pour toute anesthésie et pour toute chirurgie, y compris les interventions de convenance, et malgré la rigueur apportée lors de l'intervention, des complications rares sont possibles : complications lors de l'anesthésie ou dans les jours qui suivent, ouverture de la plaie, infection locale ou généralisée, œdèmes ou hématomes, décompensation d'une pathologie préexistante connue ou ignorée...

Afin de limiter au maximum ces complications :

- Un examen est effectué le matin de l'intervention qui permettra de choisir le protocole anesthésique le plus adapté à votre animal.
- Nous vous proposons de réaliser un bilan biochimique sanguin qui permettra de choisir le protocole anesthésique le plus adapté à votre animal et de vérifier le bon fonctionnement rénal et hépatique (organes qui participent à l'élimination des substances anesthésiques).
- Vous devrez respecter les consignes données (traitement, visites de contrôle, repos...) à la suite de l'intervention et nous signaler toute anomalie.

Je souhaite effectuer un bilan sanguin pré-anesthésique (*tarif communiqué le jour de l'intervention) :

- ☐ Minimaliste (Urée/Créatinine) *
- ☐ Classique (Biochimie 10 paramètres : ALB, PAL, ALAT, Urée, Créat, Glu, Protéines totales) *
- ☐ Avancé (Biochimie 10 paramètres + SDMA = facteur précoce de la dégradation du rein)*
- ☐ Je ne souhaite pas effectuer de bilan sanguin pré-anesthésique.

En cas de complications respiratoire, lors de l'anesthésie :

- ☐ J'autorise l'équipe à réaliser les soins d'urgence, qui peuvent s'accompagner d'examen(s) et de frais supplémentaires.
- ☐ Je n'autorise pas les vétérinaires à réaliser ces actes et en accepte le risque encouru, y compris vital.

En cas d'éléments difficilement prévisibles découverts lors de l'intervention : présence de puces, tiques, ou vers ; nodule(s) ; dent(s) déchaussée(s) ou cariée(s) ; examen(s) complémentaire(s) nécessaire(s)...

- ☐ J'autorise l'équipe soignante à mettre en œuvre les moyens qu'elle estime appropriés, ou
- ☐ Je demande à ce que l'équipe soignante me contacte avant d'engager des soins entraînant des frais supplémentaires (en assumant alors les conséquences du délai éventuel pour me joindre).

Je m'engage à payer les honoraires.

J'accepte les risques, en particulier les complications dont j'ai été informé et pouvant survenir à la suite de l'anesthésie ou de l'intervention chirurgicale.

Fait à Sainte-Tulle, le/...../.....

Signature :