



2 rue Jean Ducerf 71120 Charolles - Tél : 03 85 24 03 21 - secretariat@charolvvet.fr

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET CONTRAT DE SOINS

Je soussigné(e) :

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

Agissant en qualité de *

- Propriétaire
- Représentant dûment mandaté du propriétaire
- Gardien de l'animal
- Autre:(précisez)

assure en tant que représentant du propriétaire avoir toute autorité pour donner mon consentement éclairé.

Je souhaite que l'intervention définie ci-dessous soit réalisée sur mon animal dans les conditions qui m'ont été présentées :

Nom de l'animal : **Age** : **POIDS** :

Espèce : CN CT NAC **Sexe** : M F

N° Identification :

NB : En cas d'absence d'identification, je reconnais avoir été informé que l'identification des animaux de compagnie est obligatoire (L'identification est obligatoire en France pour les chiens nés après le 6 janvier 1999 et les chats nés après le 1er janvier 2012)

Etat général du patient au moment des soins : En bonne santé
 Malade

Antécédents connus : Allergies :

Vermifugé dans les 3 derniers mois* : oui non

Dernier traitement antipuce :

Vaccins à jour* : oui non

Assurance : l'animal est-il assuré* : oui non

J'autorise le ou les docteurs de la Clinique Vétérinaire Charol'Vet à soigner mon animal.

Je déclare avoir été informé(e) en terme clair de la nature de la chirurgie ou du traitement envisagé, des résultats anticipés, des alternatives à ce traitement, des risques et complications possibles.

Date de l'intervention ou du début de traitement :

Type d'intervention :

Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant au résultat du traitement.

Je reconnais que toute procédure comporte des risques de gardiennage, contention, et contagion pour l'hospitalisation, d'intolérance à l'anesthésie et de complications médicales ou chirurgicales

Par ailleurs, il m'a été indiqué que les honoraires relatifs au traitement proposé devraient normalement s'élever à.....Euros, ceci sans tenir compte d'éventuelles complications.

Je comprends que ce devis est une évaluation approximative du coût et que des impondérables justifiés par l'état de santé de mon animal peuvent le diminuer ou l'augmenter. Je suis averti du coût approximatif du traitement proposé ci-dessus. Je m'engage à régler cette somme ainsi que les frais relatifs aux éventuelles complications.

[Note sur les stérilisations des chattes : je suis informé qu'en cas d'anomalie sur l'utérus ou les ovaires, l'intervention peut nécessiter un retrait complet de l'appareil génital (ovario-hystérectomie, soit un coût de.144.90€ (+/- les traitements de sortie). Par ailleurs, en cas de découverte d'une gestation lors de l'intervention, je souhaite que :

- L'intervention chirurgicale soit interrompue
- Le chirurgien procède à l'interruption de la gestation via une ovario-hystérectomie complète]

En cas de difficultés ou de complications, et/ou en cas de dépassement d'honoraires,

- j'autorise l'équipe soignante à mettre en œuvre les moyens qu'elle estime appropriés (y compris l'euthanasie)*
- je demande à ce que l'équipe soignante se conforme strictement aux dispositions définies ci-dessus et à être contacté s'il s'avère nécessaire de les modifier (en assumant alors pleinement les conséquences du délai éventuel) *;

N° de téléphone à joindre en cas d'urgence:.....

En cas d'arrêt cardio-respiratoire, j'autorise l'équipe médicale à tenter une procédure de réanimation* :

oui non

Pour des raisons sanitaires, j'accepte que mon animal reçoive un traitement anti-parasitaire durant son hospitalisation si le personnel de la clinique observe des parasites externes (puces/tiques) ou internes (vers), et que ce traitement sera à la charge du propriétaire.

Nature des soins et examens à réaliser sur mon animal

	OUI	NON
Bilan sanguin pré-anesthésique	<input type="checkbox"/> Bilan de base (bilan biochimique +NF) à 57.70€ <input type="checkbox"/> Bilan complet (grand bilan biochimique +NF) à 84.50€	<input type="checkbox"/>
Identification	<input type="checkbox"/> Puce électronique à 52.60€	<input type="checkbox"/>
Test FIV/FeLV (chat)	<input type="checkbox"/> à 22.70€	<input type="checkbox"/>
Vaccin	<input type="checkbox"/> prix selon animal	<input type="checkbox"/>
Analyse histologique	<input type="checkbox"/> à partir de 91.2€	<input type="checkbox"/>

Je choisis un médical pet-shirt (≈ 27,08€) au lieu de la collerette (≈ 6,44€). Oui Non

Notre Facebook/Instagram présentent régulièrement des photos de nos patients, de nos chirurgies, ou des conseils vétérinaires, etc. Acceptez-vous que votre animal apparaisse sur notre page « Charol'Vet » ?:

oui non

NB : Sauf volonté de votre part, les noms des propriétaires n'apparaissent jamais sur nos publications

Je reconnais avoir eu toutes les informations complémentaires que je souhaitais.

Lieu et date :

Mention manuscrite : "lu et approuvé" :

Signature :

* *barrer les mentions inutiles*