



Università degli studi di Napoli Federico II  
Dipartimento di Medicina Veterinaria e Produzione Animale  
Ospedale Veterinario Universitario Didattico (O.V.U.D.)

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(ART. 32 Codice Deontologico)

Proprietario Sig. \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_  
Specie: \_\_\_\_\_ Razza: \_\_\_\_\_ Sesso: m. ☐ f. ☐  
Età: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Colore: \_\_\_\_\_  
Microchip \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di autorizzazione e consenso informato al ricovero • trattamenti terapeutici medici e/o chirurgici • all'anestesia generale • con accettazione del preventivo allegato.**

In qualità di proprietario dell'animale sopra descritto (o persona autorizzata con delega dal proprietario stesso) dichiaro di essere maggiorenne e di **autorizzare le seguenti procedure:**

- ☐ **Intervento chirurgico in anestesia generale consistente in** \_\_\_\_\_
- ☐ **Anestesia generale**    ☐ **Sedazione per:** \_\_\_\_\_
- ☐ **Anestesia generale per indagini diagnostiche consistenti in** \_\_\_\_\_
- ☐ **Ricovero**        ☐ **Altro:** \_\_\_\_\_

1. In considerazione delle suddette procedure vengono **effettuati e/o consigliati** di routine i seguenti esami:  
☐ Esame emocromocitometrico    ☐ Profilo preoperatorio di base    ☐ Profilo preoperatorio completo    ☐ E.C.G.    ☐ RX    ☐ Profilo coagulativo    ☐ Ecografia    ☐ Ecocardiografia    ☐ Gastrosopia    ☐ Colonscopia    ☐ Rinoscopia    ☐ Broncoscopia    ☐ Esame del liquor    ☐ Mielografia    ☐ Tac    ☐ Risonanza magnetica    ☐ Visita specialistica con: \_\_\_\_\_    ☐ altro: \_\_\_\_\_  
Oche dichiaro **espressamente di autorizzare**, secondo il preventivo sottopostomi; ovvero: ☐ **dichiaro di ritenere superflue** le indagini proposte ed indicatemi come necessarie e autorizzo i medici ad eseguire l'intervento chirurgico/terapeutico direttamente.
2. In caso di asportazione di una parte anatomica si ☐ **autorizzano gli esami consigliati** ( \_\_\_\_\_ ) ovvero ☐ **non si autorizzano gli esami consigliati**, e che in caso di invio a laboratori esterni di campioni per l'effettuazione degli esami, lo smarrimento degli stessi non è imputabile ai medici veterinari curanti.
3. Dichiaro di essere stato esaurientemente informato sulla natura, l'evoluzione ed ogni possibile complicanza dell'infermità da cui è affetto il mio animale, nonché su tutti i possibili trattamenti terapeutici.
4. Dichiaro altresì di essere stato informato in maniera particolareggiata in merito agli accertamenti clinici e/o strumentali sopraelencati a cui dovrà essere sottoposto l'animale, anche in relazione all'eventuale uso dei mezzi di contrasto e/o di tecniche e metodiche invasive ai fini diagnostico-terapeutici.
5. Dichiaro di essere consapevole che l'animale sopraindicato debba essere sottoposto ad intervento di \_\_\_\_\_
6. Dichiaro di essere stato compiutamente ed esaurientemente informato circa i benefici dell'intervento stesso, i rischi generici e specifici, le possibili complicanze ed il decorso postoperatorio e di accettarli integralmente.
7. Dichiaro di essere stato informato che il mio animale verrà sottoposto ad anestesia generale e che tale pratica non è esente da complicanze generali ed a rischi intrinseci anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.
8. Dichiaro di essere stato informato della necessità di sospendere l'alimentazione solida e liquida 12 ore prima dell'anestesia, della qual cosa mi assumo la diretta responsabilità.
9. Qualora durante l'intervento si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico relative sia alla malattia, che alle condizioni generali del mio animale, accetto, sin d'ora, le modifiche che si rendessero necessarie.

10. Dichiaro infine di essere stato informato degli eventuali rischi che tale intervento comporta, e che comunque verranno adottate le misure precauzionali e procedurali idonee, dichiaro di essere a conoscenza che la funzionalità anatomico-fisiologica della parte interessata dall'intervento non necessariamente verrà ristabilita, o addirittura non verrà restituita.
11. Acconsento a che, inoltre, in caso di indisponibilità dell'operatore incaricato, la prestazione sia effettuata da un altro operatore afferente alla struttura.
12. Con le dimissioni dell'animale dalla struttura veterinaria, che avviene dopo che il personale medico ha accertato che i parametri fisiologici risultano nella norma, mi assumo personalmente la responsabilità di vigilare l'animale, e comunicare tempestivamente in caso di necessità ai medici eventuali complicazioni di qualsiasi natura, onde evitare che situazioni contingenti e/o comportamenti imprevedibili dello stesso possano condizionare negativamente l'esito dell'intervento od esporre a rischi la vita, motivo per il quale quindi sollevo con la presente da ogni responsabilità i medici e il direttore sanitario.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Parte amministrativa**

1. Prendo atto che il costo della suddetta operazione viene quantificato, salvo imprevisti e/o complicazioni, secondo il preventivo sotto indicato che accetto formalmente, e che ammonta a € \_\_\_\_\_ + ENPAV + IVA fermo restando che gli importi riferiti alla chirurgia sono suscettibili di variazioni dell'ordine del 20% circa in relazione ad eventuali difficoltà di ordine tecnico relative sia alla malattia che alle condizioni generali del paziente e che possono richiedere un maggiore impiego di tempo e materiale.
2. Dichiaro di essere stato informato della necessità da parte dei medici, di seguire il decorso post-operatorio con successive terapie, controllo grandi funzioni, medicazioni ecc. con frequenza \_\_\_\_\_ e che per le stesse dovrò sostenere un ulteriore costo come da preventivo che accetto formalmente e che ammonta a € \_\_\_\_\_ + ENPAV + IVA.
3. Modalità di pagamento mediante fattura  
☐ alle dimissioni del paziente dalla Clinica,  
☐ altro \_\_\_\_\_
4. Il mancato pagamento delle prestazioni nei termini previsti implica l'emissione di un avviso di pagamento, che deve essere saldato entro quindici giorni, trascorsi i quali si procederà alla riscossione del debito per via legale con aggravio delle conseguenti spese.
5. Mi impegno a rispettare con la massima puntualità l'appuntamento per l'intervento e, comunque, a comunicare tempestivamente ed in anticipo l'eventuale impossibilità a presentarmi.

Firma per presa visione ed accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

☐ Qualora durante l'intervento chirurgico venisse evidenziata, ad insindacabile giudizio del medico veterinario, una situazione a prognosi infausta, si possono autorizzare i medici, come da informazioni ricevute prima dell'intervento, e previa sottoscrizione di apposita modulistica, onde evitare inutili sofferenze al proprio animale (Legge 281/91), a procedere con l'eutanasia.

Firma per presa visione ed accettazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_