



CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE FELINO APPARTENENTE A COLONIA RICONOSCIUTA

I/La sottoscritto/a, CF n°....., residente nel comune di, Via....., Tel.....
Documento Referente/Delegato dal referente¹ della colonia felina denominata, sita in via Comune di,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n° 445 del 28 Dicembre 2000 **dichiara**, sotto la propria responsabilità:

- che il gatto in questione è un animale libero, appartenente alla sopraindicata colonia felina regolarmente censita e riconosciuta dal Comune sopraindicato e sarà ricollocato nella colonia originaria come previsto dalla normativa vigente;
- che il gatto, ai fini di evitare o ridurre al minimo inconvenienti gastroenterici è digiuno da almeno 12 ore
- che l'intervento chirurgico effettuato presso la Az. ASL è a titolo completamente gratuito con oneri a carico dell'azienda stessa.

dichiara inoltre di essere stato posto a conoscenza che:

- qualsiasi intervento chirurgico prevede un ragionevole rischio operatorio sia durante che dopo l'intervento; tale rischio è maggiore in animali dei quali non sia nota l'anamnesi remota e prossima, le condizioni di salute al momento dell'intervento, e per i quali non sia possibile controllare da vicino il decorso post-operatorio. Il soggetto per le condizioni di animale randagio non sarà sottoposto a visita anestesiológica ed esami preventivi in quanto anestetizzato direttamente in gabbia di contenimento;
- gli animali sottoposti ad intervento chirurgico di sterilizzazione, ai fini di evitare ulteriori catture, subiranno la conchectomia apicale (intervento sotto anestesia) del padiglione auricolare, saranno identificati mediante microchip applicato nella regione sinistra del collo e saranno iscritti in BDR Regione Toscana in carico alla suddetta colonia;
- In caso di inconvenienti fisiologico/sanitari o avanzato stato di gravidanza la decisione se effettuare o meno l'intervento è a completa discrezionalità del Veterinario incaricato;
- ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003, i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Concludendo

DICHIARO/A di esser stato esaurivamente informato/a in maniera per me comprensibile riguardo il tipo di intervento che il caso richiede e delle relative tecniche di esecuzione. Sono inoltre stato informato/a delle possibili complicanze e conseguenze che dall'intervento possono derivare e dichiaro/a di accettarle integralmente. Dichiaro inoltre di essere stato messo/a a conoscenza del fatto che gli animali conferiti abbiano un'anamnesi clinica prossima e remota completamente sconosciuta rappresenta un rischio maggiore per la favorevole conclusione della procedura.

Prendo atto della situazione illustratami, consapevole che il veterinario effettuerà secondo perizia le prospettate procedure diagnostico/terapeutiche/anestesiologiche/chirurgiche.

Inoltre essendo stato informato/a della possibilità che, durante l'intervento ed in caso di necessità, il programma concordato potrebbe esser soggetto a variazioni, con la scelta di soluzioni tecnico operative che meglio salvaguardino la salute dell'animale.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015
N° 227266-2018-AQ-ITA-ACCREDIA

Area Funzionale
**Sicurezza Alimentare
e Sanità Pubblica
Veterinaria**

Unità Funzionale
**Sicurezza Alimentare e
Sanità Pubblica
Veterinaria
- Zona Pisana -**

Responsabile
Dott. Massimo Boschi

Galleria G.B. Gerace n. 14
56124 Pisa
tel. 050 954645

email: saspr.pisa@uslnordovest.toscana.it

PEC: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

**Azienda USL
Toscana nord ovest**
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

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 la responsabilità di vigilare l'animale e di rispettare le indicazioni fornitemi e di comunicare tempestivamente in caso di necessità ai medici eventuali dubbi o problematiche rispetto al decorso post operatorio prospettatomi, di qualsiasi natura essi siano, 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 con la presente, sollevo da ogni responsabilità i medici e il Direttore Sanitario.

Gatto consegnato per l'intervento

MICROCHIP (*)			
RAZZA		MANTELLO	
SESSO	<input type="radio"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA'	

(*) da riempire una volta identificato

data _____

FIRMA DEL DETENTORE _____

STATO SALUTE APPARENTE	<input type="radio"/> BUONO <input type="checkbox"/> MEDIOCRE <input type="checkbox"/> SCADENTE
<input type="radio"/> IDONEO ALL'INTERVENTO <input type="checkbox"/> NON IDONEO ALL'INTERVENTO	
NOTE	

FIRMA DEL VETERINARIO _____



**DIPARTIMENTO DI
PREVENZIONE**

CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015
N° 227266-2018-AQ-ITA-ACCREDIA

Area Funzionale
**Sicurezza Alimentare
e Sanità Pubblica
Veterinaria**

Unità Funzionale
**Sicurezza Alimentare e
Sanità Pubblica
Veterinaria
- Zona Pisana -**

Responsabile
Dott. Massimo Boschi

Galleria G.B. Gerace n. 14
56124 Pisa
tel. 050 954645

email: saspr.pisa@uslnordovest.toscana.it

PEC:
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

**Azienda USL
Toscana nord ovest**
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503