

Al Responsabile S.S.O. Area A

Distretto ...

oggetto: consenso informato sterilizzazione gatti non di proprietà

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ **in via** _____

Tel. _____ Quartiere _____ C.A.P. _____

c.f. _____ n qualità di:

detentore di gatti che vivono in stato di libertà come da numero di

Registrazione _____

Nella mia piena capacità di intendere e di volere dichiaro:

- Di non essere proprietario dei gatti da sterilizzare;
- Di presentare il/i gatto/i a digiuno ed eseguire terapia post operatoria necessaria;
- di essere stato esaurientemente informato sulla natura, l'evoluzione e ogni possibile complicanza legati all'intervento chirurgico che il mio gatto dovrà affrontare.
- Di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi esposti in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo al tipo di intervento chirurgico che il caso richiede, alle relative tecniche di esecuzione e alle possibili complicanze che da questo possono derivare.
- Che è possibile che il veterinario modifichi la tecnica operatoria e/o il tipo di intervento concordato qualora ciò risulti necessario nel corso dell'atto chirurgico.
- Di essere al corrente che una incompleta anamnesi recente e remota aumenta il rischio operatorio.

Con la presente autorizzo l'esecuzione dell'intervento e l'anestesia generale esonerando da qualsiasi responsabilità i medici della ASL che hanno eseguito l'intervento.

Elenco microchip/descrizione dei gatti sterilizzati

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____, il _____

Firma: _____