

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
<p>Istruzione Operativa per la gestione degli interventi di sterilizzazione di cani e gatti nell'ambito del piano di controllo delle nascite ai sensi della Legge n. 281/91 e della Legge della Regione Emilia Romagna n. 27/2000 e s.m.i.</p>	<p>Allegato 2 Istruzione Operativa</p>

Modello 2

CONSENSO INFORMATO E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' GATTI

Il sottoscritto _____
 residente in via _____ n. _____
 Comune _____ Provincia _____
 recapito telefonico _____
 responsabile designato della colonia felina sita in
 via _____
 Loc. _____ Comune di _____

DICHIARA

- di essere stato informato che i gatti verranno sottoposti ad anestesia totale e che tale pratica non è esente da complicanze generali e da rischi intrinseci, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza;
- di essere stato informato della necessità di sospendere l'alimentazione solida e liquida 12 ore prima dell'anestesia;
- che per quanto di sua conoscenza, i gatti condotti in ambulatorio sono in buono stato di salute e non presentano condizioni di esclusione dall'intervento chirurgico, quali: stato di evidente gravidanza o lattazione in atto, sintomi di patologie acute in atto e età inferiore a mesi 5 per le femmine e mesi 8 per i maschi.
- di essere consapevole dei rischi che ogni intervento chirurgico comporta, soprattutto in animali in cui non è possibile effettuare uno screening preoperatorio;
- di impegnarsi ad accudire l'animale nel post operatorio, ad effettuare eventuali terapie prescritte ed a reintrodurre il gatto nella colonia di appartenenza, solo quando si sarà ristabilito.

Pertanto acconsente all'intervento di sterilizzazione.

Data ____/____/____

In fede