

Contrat de soins et recueil de consentement éclairé

Ce document est conforme aux obligations déontologiques applicables (articles R.242-33 et suivants du Code rural et de la pêche maritime)

Clinique vétérinaire

Clinique de l'Arche
SAS du Mittleberg
15 rue François de Neufchâteau
Téléphone : 03.29.82.44.48
N° SIRET : 79747674400447

Client / détenteur de l'animal

Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :
Agissant en qualité de :
☐ Propriétaire de l'animal
☐ Représentant dûment mandaté du propriétaire
☐ Gardien de l'animal agissant comme tel

Animal

Nom : Espèce :
Race : Sexe :
Âge : Identification :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Après avoir échangé lors d'une consultation à la clinique vétérinaire de l'Arche Epinal en date du ... / ... /, j'autorise le Dr à pratiquer l'intervention chirurgicale suivante/l'examen suivant :

qui aura lieu en date du .. / .. /

Je reconnais avoir reçu de l'équipe soignante toutes les informations que j'ai souhaitées, sous forme simple, intelligible et compréhensible concernant l'intervention que doit subir mon animal.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais et avoir reçu des réponses satisfaisantes que j'ai comprises.

Je reconnais donner mon consentement éclairé pour l'intervention objet du présent contrat.

INFORMATIONS MÉDICALES

◆ Quelques précautions à prendre

Pour des raisons sanitaires, votre animal doit être correctement traité **contre les puces et les vers** avant l'intervention. Si des parasites sont découverts, un traitement sera appliqué automatiquement (**à votre charge**).

Supprimez toute alimentation après minuit la veille de l'intervention sauf pour les NAC. L'eau peut être laissée la nuit, puis retirée à votre réveil. La mise à jeun limite les risques de vomissement et de fausse déglutition qui peuvent entraîner des lésions pulmonaires.

◆ Intervention envisagée

Le vétérinaire m'a expliqué :

- la situation clinique de mon animal ;
- les objectifs de l'intervention envisagée/l'examen envisagé :
- les bénéfices attendus ;
- les risques et complications possibles (fréquents, rares ou graves) ;
- les alternatives possibles, y compris l'abstention, ainsi que leurs conséquences envisageables sur l'évolution de la situation clinique de mon animal ;
- les risques anesthésiques potentiels sachant que pour cette intervention, mon animal serait estimé ASA ... ;

Je confirme avoir communiqué au vétérinaire toutes les informations utiles concernant l'état de santé de mon animal.

Je reconnais avoir eu la possibilité de poser les questions que je souhaitais et avoir pleinement compris les implications de l'intervention et de ses alternatives

◆ Bilan pré-anesthésique

Le vétérinaire m'a proposé un bilan pré-anesthésique et m'a expliqué son intérêt pour réduire les risques inhérents à toute anesthésie. Aussi :

☐ Mon animal a moins de 8 ans – Bilan sanguin pré-anesthésique : 57.80€

☐ Mon animal a plus de 8 ans – Bilan sanguin pré-anesthésique : 88€

☐ Pour les chats, je souhaite un dépistage leucose/Sida félin : 49.30 €

OU



☐ Je refuse le bilan pré-anesthésique et reconnais en assumer les risques inhérents.

◆ Imprévus et urgences

En cas d'événement non prévu ou d'urgence :

☐ J'autorise l'équipe vétérinaire à effectuer tout acte nécessaire à la santé de mon animal, y compris si non prévus initialement, et j'accepte les coûts supplémentaires associés

OU

☐ Je souhaite être contacté(e) par téléphone, si, au cours de l'intervention, le vétérinaire est face à une découverte ou un événement inattendu nécessitant la pratique d'actes différents de ceux initialement prévus. J'assume les conséquences d'un éventuel délai. Sauf urgence vitale immédiate.

Numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence :

◆ Soins post-opératoires

Je reconnais avoir été informé quant aux précautions que je devrai prendre pendant toute la période post-opératoire et quant aux soins qui seront nécessaires.

Je m'engage à respecter strictement les prescriptions post-opératoires et thérapeutiques : prise de médicaments, dispositifs de protection, repos, alimentation, surveillance et rendez-vous de contrôle.

J'ai compris que, si je ne respecte pas les prescriptions et recommandations qui m'ont été données, j'expose mon animal à un risque de complications potentiellement sérieuses.

Je m'engage à contacter la clinique en cas de doute, d'évolution anormale ou de difficulté d'observance.

◆ Identification par puce électronique

En France, l'identification des chiens, chats est obligatoire (par puce électronique ou tatouage), conformément à l'article L212-10 du Code rural et de la pêche maritime.

Je suis informé(e) de cette obligation et la clinique me propose de réaliser l'identification de mon animal par puce électronique.

☐ Je souhaite faire identifier mon animal par puce électronique - Prix : 75€

INFORMATIONS SUR LES COÛTS

Je reconnais avoir été informé de l'estimation des coûts qui m'a été donnée : euros.

Ce montant correspond aux actes prévisibles au moment de l'admission (intervention +/- examens complémentaires), et ne comprend pas les traitements post opératoire. En fonction de l'évolution de l'affection de mon animal, de sa réponse aux traitements institués, des actes complémentaires nécessaires et de la durée d'hospitalisation, ce coût pourra subir des variations.

Ce montant n'inclut pas la consultation et les examens initiaux qui auraient pu être réalisés. Sont toutefois inclus dans la prestation les frais du premier contrôle post-opératoire (hors certains actes et consommables éventuels) ainsi que le retrait des fils. En revanche, les frais générés par le suivi post-opératoire ultérieur et par de nouvelles interventions consécutives à d'éventuelles complications ne sont pas compris dans l'estimation financière et seront facturés.

Les frais liés à l'intervention, y compris les dépassements autorisés par le client, seront acquittés quelle que soit l'issue de l'intervention. Ils sont à régler à la sortie de l'animal selon les modalités de paiement en vigueur au sein de la clinique vétérinaire (Conditions Générales de Fonctionnement de la clinique vétérinaire disponibles sur le site internet de la clinique ou sur demande).

Fait à _____, le .../.../.....

Client

Monsieur/Madame

Vétérinaire

DV

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

