

La Bréhaudière · 47 route du Breuil · 14130 Blangy-le-Château
06.31.72.47.01
matlacourt@gmail.com
RCS LISIEUX 822 956 553
SIRET 822 956 553 00017



Fiche d'information et de recueil du consentement éclairé

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom*) : Téléphone :

Agissant en qualité de :

Propriétaire / l'ensemble des co-propriétaires Représentant dûment mandaté par le(s) propriétaire(s)

Du cheval : Nom : N° d'identification / N° sire:

Qui doit subir l'intervention chirurgicale suivante sous anesthésie générale :

J'atteste que mon vétérinaire m'a expliqué qu'il y a des risques inhérents à toute procédure et que la chirurgie n'offre *aucune garantie* d'amélioration ou de guérison. J'ai été avisé des traitements alternatifs incluant la possibilité d'aucun traitement ainsi que des risques inhérents à cet option. Je reconnais avoir été dûment informé des faits suivants :

1°) Toute forme d'anesthésie générale présente des risques. Bien que rares (1% des cas), des *complications sévères* peuvent avoir lieu incluant les possibilités de *myo-neuropathies, réactions médicamenteuses, fracture, paralysie, arrêt cardio-vasculaire et mort*.

2°) Les risques sévères inhérents à toute chirurgie inclues *l'infection, les saignements et la mort*.

3°) Les complications spécifiques à la chirurgie en question inclus :

Bien que la fréquence des risques et complications soit faible, j'accepte expressément ces risques consécutifs à de telles interventions pratiquées selon les connaissances acquises de la science et les bonnes pratiques. J'atteste ne pas avoir besoin d'autres explications que j'aurais, le cas échéant, demandées par écrit.

J'autorise le Dr M. Lacourt à pratiquer cette intervention dans les conditions qui m'ont été présentées. Je comprends que des problèmes imprévus peuvent apparaître durant la procédure qui, dans l'opinion professionnelle de mon vétérinaire, peuvent nécessiter un traitement additionnel ou différent de celui décrit ci-haut. Le cas échéant, je demande et j'autorise à mon vétérinaire à effectuer la procédure additionnelle.

Je reconnais avoir été informé par le Dr M. Lacourt que son contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle assure une garantie limitée à 400 000 Euros par sinistre et ne couvre pas les dommages subis par les animaux dont la valeur est supérieure à cette valeur. En cas de sinistre, je m'engage à renoncer à tout recours au-delà des limites qui viennent de m'être indiquées.

Les tarifs de l'intervention : **Forfait chirurgie, anesthésie générale et médicaments post-opératoires :**

Ces tarifs ne comprennent pas la prise en charge de complications majeures post-chirurgicales.

Je, soussigné,, reconnais avoir été dûment informé des risques inhérents à l'anesthésie générale et à l'intervention chirurgicale prévue pour ce cheval. J'accepte ces risques et demande au Dr M. Lacourt d'effectuer cette intervention sur le cheval nommé ci-haut. Je m'engage à régler les frais des prestations demandées.

Si ce cheval est assuré, je certifie avoir fait part de cette intervention à la compagnie d'assurance concernée.

Date : Signature :