



SELARL AMBLE

Drs LAVOREL MOUSSIE BERTHOLDY BATH MANGOLD

Médecine et Chirurgie Equine / Centre de Reproduction

15, Route de Pringy – 74370 ARGONAY

Tél. 04/50/27/16/41 – info@cliniqueequineargonay.fr

FICHE D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION

DATE :

Propriétaire : Nom : Prénom

Adresse :

Tél :

Mail :

Cheval : Nom : Race : Né le : N° sire : Livret signalétique :

Etat général : Antécédents :

Allergies connues : Régime alimentaire habituel :

BOX PRE MIXTE Abreuvoir : OUI NON, ne connaît pas

Vaccinations : Vermifugations : Exclusion de la consommation humaine : OUI NON

Bilan pré-anesthésique (montant de 73.00€ TTC à ajouter au devis) sauf urgence

ASSURANCE : O garantie mortalité O invalidité O frais vétérinaires O Non assuré

L'assureur doit être prévenu au préalable en cas d'anesthésie générale sauf urgence.

Valeur estimée du cheval (ou valeur garantie si assuré) :

Vétérinaire référant :

Motif de l'intervention : O Convenance O Thérapeutique O Conservatoire d'urgence

Je (nous) soussigné(es) : Nom : Prénom :

Agissant en qualité de propriétaire ou représentant dûment mandaté par le ou les propriétaires, autorise le Dr.....ou un de ses collaborateurs choisi par lui à soigner mon animal et à réaliser l'intervention dans les conditions qui m'ont été présentées.

Je déclare avoir été informé en termes clairs de la nature du traitement envisagé, des résultats anticipés, des alternatives à ce traitement, des risques et complications reconnus d'un tel traitement et en particulier (cf fiche annexe en cas de Coliques – Castration – Laparoscopie/coelioscopie – Chirurgie dentaire et de la tête – consultable dans les Conditions Générales de Fonctionnement):

Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant au résultat du traitement. Je reconnais que toute procédure comporte des risques :

De gardiennage, contention et contagion lors de l'hospitalisation. De complications liées à l'anesthésie ou à la chirurgie (mortalité comprise entre 0.6 et 1.6%) : accident cardio-vasculaire, péritonite, hémorragie, fracture ou myosite pendant le couchage et le réveil, coliques post-anesthésiques, thrombophlébite, endotoxémie, péritonite; risque de perforation intestinale ou de perforation d'organe lors de l'exploration rectale ou de la chirurgie.

Que les complications décrites ci-dessus peuvent mettre en jeu la vie de l'animal et générer des frais supplémentaires (soins intensifs, perfusions, chirurgie) parfois très importants.

J'assume, en tant que représentant du propriétaire, avoir toute autorité pour donner mon consentement éclairé. Je déclare, après en avoir expressément convenu avec l'assureur du cheval, renoncer ainsi que l'assureur à tout recours au delà de 250.000 euros, préjudice pour dommages matériels et immatériels inclus.

Par ailleurs, il m'a été indiqué que les honoraires relatifs au traitement proposé devraient normalement s'élever à :

.....€ TTC environ. Que les frais peuvent être reconsidérés après 8 jours et que je peux, à tout moment demander un chiffrage des soins déjà effectués sur mon cheval. Le solde de la facture est à régler au plus tard le jour du départ du cheval.

Je soussigné(e)propriétaire ou personne mandatée par ce dernier, accorde à la Clinique Vétérinaire Equine, à ses représentants et toute personne agissant avec l'autorisation de la structure la permission irrévocable de publier sur le site internet et la page Facebook de la Clinique toutes les photographies ou vidéos prises de mon ou mes chevaux dans le cadre des activités de la Clinique.

Acompte ce jour : NON OUI : Montant : Mode de paiement :

ARGONAY, le :

Signature du propriétaire précédée de la mention "Lu et Approuvé" :

Signature du vétérinaire :



SELARL AMBLE

Drs LAVOREL MOUSSIE BERTHOLDY BATH MANGOLD

Médecine et Chirurgie Equine / Centre de Reproduction

15, Route de Pringy – 74370 ARGONAY

Tél. 04/50/27/16/41 – info@cliniqueequineargonay.fr

Nom du cheval :

Date :

Vétérinaire référant :

Coordonnées :

Email :

Suspicion diagnostique/ Intervention chirurgicale prévue :

Traitement administrés les jours précédents :

Examen clinique d'entrée :

| | |
|------------------|---|
| Température | |
| FC | |
| FR | |
| Muq | |
| TRC | |
| Jug / KT | |
| Pouls digités | + |
| Bruits digestifs | + |

Examens complémentaires :

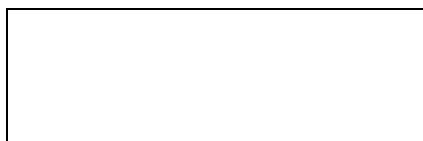
- NF
- BF6
- BF12
- BG10
- Radiographies :
- Echographies :
- Autre :

Intervention chirurgicale :

TABLE CHIRURGICALE :

POSITIONNEMENT :

Queue



Tête

MATERIEL SPECIFIQUE :