



EQUIVET DU CHABLAIS

597 avenue du Saleve
74890 BONS EN CHABLAIS
@ : equivetchablais@gmail.com

Dr Vétérinaire Léa BRACONNIER – Numéro ordre 29394
06.37.84.92.22
Dr Vétérinaire Benoîte DELPOUVE – Numéro ordre 28345
06.31.82.50.66

CONSENTEMENT ECLAIRE – CASTRATION D'UN CHEVAL

Je soussigné.e :

- Nom, Prénom :
- Adresse :
- Téléphone :

Agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) : propriétaire / représentant dûment mandaté du propriétaire* / gardien de l'animal* ;

Du cheval :

Reconnait avoir été informé.e des risques encourus lors de l'intervention chirurgicale prévue ce jour, à savoir : Castration d'un cheval sous anesthésie générale.

Je souhaite que l'intervention soit réalisée dans les conditions qui m'ont été présentées, et j'autorise un vétérinaire de la société Equivet du Chablais à soigner mon animal.

Je déclare avoir été informé.e en terme clair de la nature du traitement envisagé, des résultats anticipés, des alternatives à ce traitement, des risques et complications reconnues d'un tel traitement et en particulier :

- Risques liés à la castration : éviscération, éviscération, péritonite, hémorragie, œdème, infection du cordon testiculaire, infection de plaie
Nota : La castration est un acte chirurgical qui consiste en l'ablation des testicules entraînant une stérilité irréversible. Il existe un procédé de castration chimique, nous nous tenons à votre disposition pour vous en parler.
- Risques liés à la sédation et à l'anesthésie générale : choc cardio-vasculaire, iléus, colique, fausse déglutition, myosite post-anesthésique, compression et paralysie nerveuse, fracture, luxation, incapacité à se relever, œdème pulmonaire, décès.

Je reconnais que toute procédure comporte des risques :

- Amplifiés si les soins post-opératoires ne sont pas réalisés avec grande attention
- D'intolérance à la sédation et/ou à l'anesthésie, d'accident lié à l'anesthésie générale (lié au courage ou au relevé, de myosite), de colique

Je reconnais que lors de castration à domicile, les plaies de castration demeurent ouvertes et par conséquent le risque d'éviscération et d'infection est majoré.

** J'assure en tant que représentant du propriétaire avoir tout autorité pour donner mon consentement éclairé.*

Par ailleurs, il m'a été indiqué.e que les honoraires relatifs au traitement proposé devraient en théorie s'élever à€ HT.

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Lieu et date :

Signature :