



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Io sottoscritto/a.....  
residente in .....CAP.....Comune.....Prov.....  
proprietario/affidatario/responsabile del cavallo/pony .....  
Razza ..... Sesso: ..... Età .....

### DICHIARO

di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di esame diagnostico cui verrà sottoposto il paziente in data....., sulle modalità tecniche di esecuzione e di essere consapevole che la somministrazione dei farmaci necessari al contenimento dell'animale, anche se effettuate con perizia, diligenza e prudenza, non sono esenti da complicanze che possono assai raramente essere fatali.

### DICHIARO

di essere a conoscenza che a seguito della somministrazione dei farmaci utilizzati per la sedazione necessaria per un adeguato contenimento, l'equide verrà definitivamente escluso dalla macellazione per consumo umano.

### DICHIARO

di essere stato informato in maniera esaustiva del fatto che la procedura diagnostica possa richiedere l'uso di mezzo di contrasto per via endovenosa/arteriosa se ritenuto necessario o complementare alla diagnosi .

### ACCETTO

che il medico veterinario attui le procedure richieste dal caso, inclusa l'effettuazione di anestesie locali al fine di ottimizzare l'esecuzione dell'esame.

### DICHIARO

di essere al corrente che la cavalla è stata riferita in data 15/11/2014 presso la Clinica Equina San Biagio in condizioni generali critiche che la espongono ad un maggior rischio in caso di utilizzo di farmaci a scopo sedativo necessari per una corretta esecuzione dell'esame.

### **PRESO ATTO DELLA SITUAZIONE ILLUSTRATA ACCETTO QUANTO SOPRA DESCRITTO E CONFERMO DI AVERE AVUTO RISPOSTE ESAURIENTI.**

Per l'attuazione dell'esame sopra descritto accetto un preventivo di spesa pari ad Euro 1000,00 + ENPAV 2% + IVA 22% (**totale € 1244,40**) con una possibile variazione di ulteriori Euro 250,00 + IVA per l'esame di una seconda regione. Sono escluse le spese relative all'uso del mezzo di contrasto, alla degenza giornaliera, agli esami complementari. L'importo dovuto verrà saldato alla dimissione dell'animale.

IN FEDE..... DATA .....

L'importo dovuto può essere saldato tramite bonifico bancario intestato al beneficiario:

CLINICA EQUINA SAN BIAGIO  
IBAN IT 73 H 0612023802CC3020303380

Si prega di fornire dati per l'intestazione della fattura.