



# КОЛЛЕГИЯ ВЕТЕРИНАРНЫХ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

## ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

MD-2049, г. Кишинев, ул. Мирчешть, 44; [тел.: 022-31-23-22](tel:022-31-23-22);

e-mail: [cmvmd01@gmail.com](mailto:cmvmd01@gmail.com)

На основании:

- Закона № 121 от 9 июля 2020 года об организации и осуществлении профессии ветеринарного врача, переизданного с последующими изменениями и дополнениями;
- Устава Коллегии Ветеринарных Врачей Республики Молдова.

**Конгресс Коллегии Ветеринарных Врачей Республики Молдова принимает:**

### **РЕШЕНИЕ № 12 от 13 мая 2023 года**

**об утверждении образца согласия на проведение медицинских/хирургических процедур, Руководства по эвтаназии животных и образца заявления/запроса/согласия на эвтаназию**

**Статья 1.** Утверждается образец согласия на проведение медицинских/хирургических процедур, приведенный в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего постановления.

**Статья 2.** Утверждается образец заявления/запроса/согласия на эвтаназию, приведенный в Приложении № 2, которое является частью настоящего решения.

**Статья 3.** Утверждается Руководство по эвтаназии животных, приведенное в Приложении №3, которое является частью настоящего решения.

**Статья 4.** (1) Настоящее решение вступает в силу с **01.01.2026 года**.

(2) После даты вступления в силу настоящего решения использование данных двух форм и Руководства является обязательным для всех ветеринарных учреждений.

**Статья 5.** Решение было принято сегодня, 13.05.2023, Конгрессом Коллегии Ветеринарных Врачей Республики Молдова большинством голосов.

**Председатель**

**Коллегии Ветеринарных Врачей Республики Молдова**

**Михаил МОРОЗ**

## СОГЛАСИЕ НА ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКИХ/ХИРУРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

адрес проживания \_\_\_\_\_

У. Л. серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданное \_\_\_\_\_ в день \_\_\_\_\_, IDNP \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_, электронная почта \_\_\_\_\_,

в качестве: Законного представителя пациента \_\_\_\_\_, в возрасте \_\_\_\_ лет,

порода \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ идентификационный код \_\_\_\_\_,

соглашаюсь на проведение медицинской/хирургической процедуры: \_\_\_\_\_

Анестезия: \_\_\_\_\_

Описание медицинского/хирургического вмешательства: \_\_\_\_\_

Характер и цель, преимущества и риски проведения/непроведения этой процедуры, а также других терапевтических манипуляции были мне подробно и понятно объяснены ветеринарным врачом \_\_\_\_\_. Мне были представлены связанные с этим риски, а также непредвиденные риски (включая риск смерти, каким бы малым он ни был), последствия, которые влечет за собой процедура, а также риски, связанные со специальными исследованиями, которые являются частью процедуры, которую должен пройти пациент, которого я представляю.

***Я заявляю, что осознаю эти риски и принимаю их, поскольку цель процедуры заключается в благополучии пациента, которого я представляю.***

В результате я понимаю необходимость данной медицинской/хирургической процедуры, которую я желаю провести, и признаю, что мне не может быть дана гарантия или заверение в отношении конечного результата.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций и условий во время медицинского/терапевтического/хирургического вмешательства, требующих дополнительных процедур, помимо описанных выше и принятых мной (включая переливание крови), я согласен с тем, чтобы врач действовал соответствующим образом. Я заявляю, что согласен с тем, чтобы врач принимал любые решения во время медицинской/хирургической процедуры в интересах пациента.

Для проведения медицинской/хирургической процедуры я также даю согласие на применение назначенной анестезии (общей/другого типа) \_\_\_\_\_.

Риски анестезии были мне объяснены, и я их понял/а во время консультации.

***Следовательно, при указанных условиях я даю свое информированное согласие на представленную медицинскую/хирургическую процедуру/лечение.***

***Заявляю, что я получил все указания относительно послеоперационного ухода, который необходимо осуществлять в домашних условиях, и принимаю на себя ответственность за возможные осложнения, вызванные несоблюдением полученных указаний.***

***Подтверждаю, что я прочитал, понял и полностью согласен с вышеизложенным и, следовательно, подписываю его.***

Любая процедура, требующая общей анестезии любого типа, требует голодания перед вмешательством. Я заявляю под свою ответственность, что пациент не употреблял пищу с числа \_\_\_\_\_ часа \_\_\_\_\_.

Я заявляю под свою ответственность, что на момент подписания настоящего документа я не употреблял/а алкоголь, галлюциногенные вещества и т. д. и нахожусь в полном сознании и владею всей полнотой информации.

Перед проведением медицинской/хирургической процедуры рекомендуется пройти следующие обследования: \_\_\_\_\_

**Я заявляю, что:**

- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением биохимических анализов,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением гематологических анализов,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением исследований УЗИ,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением рентгенологических, МРТ, КТ с контрастным веществом или без него,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением кардиологических обследований,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ проведение биохимического анализа и анализа осадка мочи,*
- *согласен/согласна ☐ / не согласен/не согласна ☐ с проведением ионограммы и газов крови.*

рекомендованные ветеринарным врачом, необходимые для медицинской/хирургической процедуры, и принимаю на себя все риски, связанные с этим отказом: неудача медицинской/хирургической процедуры и/или смерть животного или возможные послеоперационные осложнения.

Проведение исследований, согласованных с владельцем, не гарантирует успех медицинских манипуляций, они лишь максимально снижают вероятность возможных осложнений.

В результате серьезных травм мышц, из-за отмирания тканей может начаться разрушение клеток, что приводит к некрозу пораженных и соседних тканей. Острая почечная недостаточность может возникнуть в случае серьезного повреждения мышц, а также синдром *Байуотерса*, возникающий в результате обширных повреждений скелетных мышц, вызванных сдавливанием, размождением или ампутацией. Он является следствием попадания миоглобина в кровоток. При наличии в крови в большом количестве миоглобин быстро становится токсичным и блокирует почечные каналы, что вызывает острую почечную недостаточность.

В случае хирургических вмешательств, связанных с пилораксом, перитонитом, пиометрами, абсцессами простаты, абсцессами печени и почек, орхипидидимитом, суперинфицированными ранами и опухолями, после операции может возникнуть синдром системного воспалительного ответа (S.I.R.S) – который представляет собой совокупность защитных реакций организма на септическое воздействие. Это тяжелая патология (смертность 50% при оптимальных терапевтических условиях), поэтому лечение, симптоматическое и этиологическое, должно быть начато как можно раньше, без гарантии спасения жизни животного.

Я подтверждаю, что получил инструкции по послеоперационному уходу на дому, а также график повторных посещений после медицинской/хирургической процедуры.

Я подтверждаю, что мне были доведены до сведения расходы, которые я принял к сведению и обязуюсь оплатить.

**Законный представитель**

**Фамилия Имя**

**Подпись**

**Число:**

## **ЗАЯВЛЕНИЕ/ЗАПРОС/СОГЛАСИЕ НА ЭВТАНАЗИЮ**

Нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
адрес проживания \_\_\_\_\_  
У. Л. серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданное \_\_\_\_\_ в день \_\_\_\_\_, IDNP \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_, электронная почта \_\_\_\_\_.  
Владелец/законный представитель собаки/кошки/ животного другого вида / \_\_\_\_\_  
в возрасте \_\_\_\_ лет, порода \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ идентификационный код \_\_\_\_\_.  
Диагноз \_\_\_\_\_.

Также отмечаю следующее: собака/кошка не укусила, не царапала, не проявляла агрессию в течение последних 14 дней и не находится под наблюдением врача на предмет бешенства.

Я прошу и соглашаюсь на эвтаназию вышеуказанного животного. Эвтаназия будет проведена в соответствии с «Руководством по эвтаназии животных», утвержденным Решением Конгресса Коллегии Ветеринарных Врачей Республики Молдова.

Эта процедура осуществляется по моей просьбе. На момент подачи заявления я не нахожусь под воздействием алкогольных напитков или галлюциногенных веществ и являюсь полноправным владельцем/законным представителем животного.

**Число:**

**Имя, фамилия  
владельца/законного представителя животного:**

**Подпись:**

**Ветеринарный врач:**

**Подпись:**