



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

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: _____

Аnestезия: _____

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 предоставленную 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, размозжением 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 пиотораксом, перитонитом, пиометрией, абсцессами простаты, абсцессами печени и почек, орхиепидидимитом, 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 галлюцинопептических веществ и являюсь
полноправным владельцем/законным представителем животного.

Число:

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

Подпись:

Ветеринарный врач:

Подпись: