



НАПРАВЛЕНИЕ И ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (АУТОПСИИ)

Дата и время число месяц 20 год часов : минут

Владелец животного Расчет Наличный Безналичный

Вид Возраст лет мес пол М F стерил S

Порода Кличка

Микрочип, клеймо, отличительные признаки

Врач Клиника

ЗАПОЛНЕНИЕ БЛАНКА только печатными буквами, позиции для исследования отмечать ошибочное

82.. Патологоанатомическое вскрытие Стандартная операционная процедура «Шанс Био» SOP-KO-12

Я, указанный выше владелец (лечащий врач – зачеркнуть ненужное) описанного животного павшего (умершего) **да / нет** усыпленного (отметить) **да / нет**

Дата и время смерти «» 20 года в часов минут

передаю **труп / фрагменты трупа** (зачеркнуть ненужное) указанного выше животного для проведения патологоанатомического вскрытия (исследования) в Лабораторию «Шанс Био». Я в полной мере информирован сотрудником лаборатории (Ф.И.О.)

о правилах проведения патологоанатомических вскрытий в Лаборатории «Шанс Био», возможных нюансах, проблемах и осложнениях при них, а также вариантах проведения дополнительных исследований со взятием материала во время аутопсии. **Мне разъяснено, что отсутствие требуемой ниже информации, её сокрытие или фальсификация приведет к неверным патологоанатомическим диагнозам.** Ниже я собственноручно указываю известные мне факты.

Клинический диагноз (ы), версии:

Эксгумация да / нет на какой день после смерти

Условия хранения трупа температура (приблизительно)

Место хранения

Срок хранения

Труп заморожен да/нет (ненужное зачеркнуть)

Я предупрежден, что вскрытие замороженного трупа может привести к неверным патологоанатомическим диагнозам и заключению о причинах смерти.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ ЖИВОТНОГО (отметить **V** или указать подробности)

Условия содержания: квартира / дом приусадебный участок питомник приют
бездомное прочее

С какого возраста живет в таких условиях:

Откуда поступило (куплено, передано):

Есть ли контакты с другими животными (какие)

Родители близкородственное скрещивание: да / нет / не знаю

Роды да / нет По счету _____ Последние роды, дата _____

Уродства в потомстве: были / нет

Вакцинации: _____

Дата последней вакцинации против бешенства: _____

Кормление: сухой корм (название) _____

консервы (название) _____

прочее (перечислить) _____

смешанное кормление (что с чем) _____

Перенесло хирургические операции по поводу, дата _____

СИМПТОМЫ / ПРИЗНАКИ / СОСТОЯНИЯ ПЕРЕД СМЕРТЬЮ (отметить **V** или указать подробности)

Место смерти: дом _____ клиника _____ приусадебный участок _____ улица _____

другое (указать): _____

Кормление аппетит хороший / плохой / извращенный (что именно)

Жажда была _____ нет _____ как часто пило воду _____

Рвота перед смертью _____ как часто _____

Рвотные массы какого цвета, что содержат (растения, инородные предметы)

Испражнения, за сколько до смерти, цвет, консистенция

Дефекация _____

Мочеиспускание _____

Повреждения: Найдено избитым _____ участвовало в драке с животными _____

укусы _____ Падения, прыжки с высоты _____ авто(мото, вело)травма _____ электроток _____

Другое _____

Возможно ли отравление бытовой химией _____ родентицидами (ядами для грызунов) _____

другое _____

Лекарства (лечебные процедуры), принимаемые перед смертью

Данные лабораторных исследований перед смертью _____

Прочая важная информация: _____

В исследование «Патологоанатомическое вскрытие» (коды 820-823) входит:

1. Заключение по результатам патологоанатомического вскрытия трупа животного;
2. Бесплатное исследование 1-ой инфекции методом ПЦР по результатам вскрытия, если это необходимо по решению врача-патологоанатома;
3. Бесплатное исследование мазка-отпечатка (код 810) со слизистых оболочек, морфологическое исследование жидкостей из внутренних полостей, по решению врача – патологоанатома;
4. Бесплатное гистологическое исследование (код 803) для подтверждения основного заболевания по результатам вскрытия, если это необходимо по решению врача-патологоанатома (Примечание: в случае если труп был заморожен, исследование может быть неинформативно).

Важно! В соответствии с действующим Законодательством и ведомственными нормативными актами РФ, труп после вскрытия подвергается утилизации (кремации) и не выдается на руки Владельцу или его представителю.

Важно! Заключение по результатам патологоанатомического вскрытия не является судебной или криминалистической экспертизой.

Дополнительные исследования и мероприятия (исследования, заказанные по просьбе владельца в момент оформления Заказа на исследование, заказанные по рекомендации врача – патологоанатома и прочие) выполняются согласно действующему Прейскуранту.

Важно! Доказательство дополнительных исследований из материала, отобранного по решению врача-патологоанатома во время вскрытия возможен в течение семи дней после вскрытия (срок архивного хранения биоматериала).

Таксидермические операции не проводятся. Протокол вскрытия без предварительного заказа не оформляется и не выдается.

Если во время вскрытия возникнет необходимость дополнительных исследований для дифференциальной диагностики, прошу согласовать со мной по телефону: _____,
Дополнительные исследования обязуюсь оплатить в течение трех дней после согласования. Неоплата в течение трёх дней означает отказ от дополнительных исследований.

* * * * *

/ Прошу не проводить никаких дополнительных исследований (ненужное зачеркнуть)

Я информирован о том, что Заключение по результатам вскрытия выдается только после оплаты всех дополнительных исследований.

С **Правилами оказания ветеринарной помощи** ознакомлен(а) и, подписывая данное Информированное согласие присоединяюсь к Договору (оферте) на оказание ветеринарных услуг. Текст Договора (оферты) и Правил оказания ветеринарной помощи мною прочитан и получен на руки.

Владелец / официальный представитель _____ / _____ /

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на хранение и обработку моих персональных данных и получение информационных уведомлений от Лаборатории, что позволит значительно улучшить качество и оперативность оказания ветеринарной помощи. В соответствии с п. 6.4. Договора (оферты) на оказание ветеринарных услуг Лаборатория обрабатывает персональные данные Владельца в целях надлежащего оказания услуг, разрешения возможных разногласий между Сторонами и информирования Владельца о различных мероприятиях, организуемых Лабораторией.

Владелец / официальный представитель _____ / _____ /

Телефоны: Владелец: (__) ____ - ____ - ____ Лечащий врач: (__) ____ - ____ - ____

Дата: «__» _____ 202__ года, время: ____ ч. ____ мин.

Подпись: _____