

## ALLEGATO A2

### Scheda di accettazione, sterilizzazione/cura e dimissione di felini di colonia felina (art. 23 e 29 L.R. n. 27/2000)

#### 1- ACCETTAZIONE DEL FELINO PER LA STERILIZZAZIONE – SCHEDA N.....

Il sottoscritto Sig. .... Tel. .... dichiara di aver consegnato all'ambulatorio di ..... in data ..... alle ore ..... un gatto di SESSO  F  M proveniente dalla seguente COLONIA FELINA CENSITA, Referente Sig. .... ubicata in Via ..... Comune ..... n. .... con scheda censimento allegata protocollata/vidimata dall'Unione Valli e Delizie (agli atti).

- Il gatto è stato catturato in data ..... ed è a digiuno da almeno 12 ore
- Sono consapevole che c'è un rischio sanitario per l'animale connesso alle caratteristiche dell'animale stesso sottoposto a tale tipologia di intervento.

**FIRMA DI CHI CONSEGNA IL GATTO .....**

#### 2 - INTERVENTO DI STERILIZZAZIONE

Sesso  F  M Razza ..... Colore mantello ..... Pelo .....

EOG: .....

STATO DI GRAVIDANZA  NO  SI ..... giorni.....

Il sottoscritto dott. .... visto l'esito della visita clinica in data .....

- NON HA RITENUTO L'ANIMALE IDONEO AD AFFRONTARE L'INTERVENTO CHIRURGICO DI STERILIZZAZIONE e ha ricoverato l'animale o l'ha restituito al referente (all. 3 scheda clinica felino non operato)
- HA ESEGUITO IL SEGUENTE TIPO DI INTERVENTO

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ovariectomia                                  | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> ovarioisterectomia                            | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> orchietomia                                   | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> altro .....                                   | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> Anestesia – specialità: ..... dosaggio: ..... | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> Anestesia – specialità: ..... dosaggio: ..... | €. .... (IVA inclusa) |

e ha identificato il gatto con spuntatura dell'orecchio destro e microchip n. ....(applicare talloncino)

**FIRMA DEL VETERINARIO .....**

#### 3 - CURE MEDICHE

Sesso  F  M Razza ..... Colore mantello ..... Pelo .....  
EOG: .....  
.....

Il sottoscritto dott. .... visto l'esito della visita clinica in data .....

HA ESEGUITO IL SEGUENTE TIPO DI PRESTAZIONE/INTERVENTO:

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> visita clinica orario ambulatoriale       | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> day hospital comprese terapie base        | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> radiografia prima                         | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> radiografia successive                    | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> sedazione anestesia iniettabile           | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> anestesia generale con intubazione        | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> cistotomia                                | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> enterotomia                               | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> asportazione neoformazione cisti 4 cm     | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> ernie addominali                          | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> ernia diaframmatica                       | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> taglio cesareo compresa sterilizzazione   | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> osteosintesi chiodo centromidollare       | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> fissatore esterno                         | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> riduzione frattura con placca             | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> amputazione arto                          | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> caudotomia                                | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> conchectomia terapeutica monolaterale     | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> conchectomia terapeutica bilaterale       | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> uretostomia e penectomia                  | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> cerchiaggio sinfisi mandibolare           | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> riduzione lussazione anca con cavigliotto | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> esami ematobiochimici profilo base        | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> esami ematobiochimici profilo completo    | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> esami ematobiochimici profilo geriatrico  | €. .... (IVA inclusa) |
| <input type="checkbox"/> altro .....                               | €. .... (IVA inclusa) |
|  | TOT. €. ....          |

**FIRMA DEL VETERINARIO** .....

#### 4 - DIMISSIONI

Il gatto è stato visitato in data ..... ore .....

- è stata presa in esame la patologia .....
- la ferita si presenta priva di flogosi, eritema o dolore
- andamento pre/intra e post operatorio nella norma
- deve osservare un periodo di convalescenza in luogo protetto, sotto osservazione, per 48 h (femmina) / 24 h (maschio) prima di essere riammesso nella colonia felina di provenienza

**FIRMA DEL VETERINARIO .....**

Il sottoscritto Sig. ....

- si impegna a tenere in luogo protetto, in osservazione il gatto operato
  - per 48 ore (femmine) e 24 ore (maschi) dopo l'intervento di sterilizzazione
  - per ..... ore
- si impegna a reinserire il gatto operato nella colonia felina di provenienza e a contattare il veterinario nel caso in cui il gatto stia male nelle successive .....ore.

**FIRMA DEL REFERENTE DI COLONIA**

**(O DELL'OPERATORE CHE RICONSEGNA L'ANIMALE AL REFERENTE DI COLONIA)**

.....