



CLINIQUE VÉTÉRINAIRE
DU GRAND RENAUD

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE DU GRAND RENAUD

S.E.L.A.R.L. de Vétérinaires

Le Grand Renaud - Chemin vicinal n°1

F-72650 SAINT SATURNIN - FRANCE

Tél. : 33-(0)2-43-25-40-40 Fax : 33-(0)2-43-25-34-77

@ : contact@vetoequin.fr

CONSENTEMENT ECLAIRE EN VUE D'HOSPITALISATION

INFORMATION IMPORTANTE

Il est convenu entre le propriétaire du cheval ou son représentant signataire du présent dossier et la Clinique Vétérinaire, que l'hospitalisation et toutes les prestations fournies pendant l'hospitalisation sont régies par les conditions générales contractuelles formulées ci-joint. Le propriétaire, directement ou par la voie de son représentant signataire, reconnaît formellement avoir eu connaissance des dites conditions générales contractuelles.

CHEVAL	PROPRIETAIRE OU SON REPRESENTANT
Nom:	Nom /Prénom:
N° de sire:	Adresse: rue
N° de puce :	CP ville
Race:	Tel journée: Tel nuit:
Sexe: Age: ans	Fax: Adresse électronique:

INFORMATIONS CONCERNANT LA CHIRURGIE OU L'HOSPITALISATION

- 1- Votre cheval va être hospitalisé pour : -une chirurgie
- un traitement médical
à la Clinique Vétérinaire le Grand Renaud, Chemin vicinal 1 - 72650 Saint Saturnin
- 2- Date d'hospitalisation:.....
- 3- Date de la chirurgie:.....
- 4- Le cheval devra **être accompagné de son livret et hospitalisé avec son licol** (pas de longe)
- 5- Devis approximatif (montant H.T., T.V.A. 20%) :
- 6- Le tarif forfaitaire de la chirurgie comprend l'acte chirurgical. Sauf faute professionnelle de notre part, les frais engendrés par des complications postopératoires ne sont pas pris en compte dans le tarif forfaitaire de la chirurgie indiqué à l'alinéa 5.
- 7- Les frais d'hospitalisation seront de 41 €HT le premier jour, puis de 33 €HT les jours suivants. Pour une poulinière et son poulain, ces frais seront de 53 €HT par jour. Toute journée entamée est due.
- 8- Les soins postopératoires (médicaments, pansements, Prise de sang, actes vétérinaires, ou tout autre examen indispensables à la bonne récupération de l'animal) ne sont pas inclus dans le tarif forfaitaire de la chirurgie indiqué à l'alinéa 5.
- 9- **LES REGLEMENTS PAR CHEQUE NE SONT PLUS ACCEPTES. MERCI DE VOUS MUNIR D'UNE CARTE BANCAIRE OU D'ESPECES**
Un acompte sera prélevé dès le dépôt de l'animal et le solde versé à la sortie des hôpitaux.
- 10- Date prévue de sortie: toujours prendre RDV au secrétariat pour planifier la sortie du cheval
- 11- En cas d'empêchement, merci de nous prévenir.

INFORMATIONS CONCERNANT LE CHEVAL

- 1- Quelle est la valeur estimée du cheval ?
- 2- **Si le cheval est assuré, il vous appartient de prévenir votre assurance avant la chirurgie. Votre assurance doit nous faire parvenir un accord écrit au moins 24 heures avant l'intervention.**
Valeur assurée :..... Garantie :.....
Nom assurance :..... Tel :..... Fax :..... Email :..
- 3- Si le cheval a des antécédents médicaux ou chirurgicaux, il vous appartient de nous faire parvenir le ou les dossiers médicaux complets de votre cheval avant la chirurgie. Tout problème rencontré au cours d'une anesthésie générale antérieure, doit obligatoirement nous être communiqué avant la chirurgie.
- 4- Pour des opérations programmées, une prise de sang est à effectuer, en vue d'un bilan hématologique et biochimique dans les 8 jours précédant l'intervention. Ces résultats doivent nous parvenir avant l'arrivée du cheval, car si les résultats ne conviennent pas à l'anesthésiste, l'intervention sera repoussée.
- 5- Si le cheval a des traits de caractère dominants, il vous appartient de nous les faire connaître avant la date prévue de la chirurgie.

S.E.L.A.R.L. au capital de 128200 €, SIREN 389 814 609 RCS Le Mans

TOUT CHEVAL CONSULTE EST REPUTE AVOIR UNE VALEUR INFERIEURE A 1 Million €



CLINIQUE VETERINAIRE DU GRAND RENAUD

S.E.L.A.R.L. de Vétérinaires

Le Grand Renaud – Chemin vicinal n°1

F-72650 SAINT SATURNIN - FRANCE

Tél. : 33-(0)2-43-25-40-40 Fax : 33-(0)2-43-25-34-77

@ : contact@vetoequin.fr

6- Si le cheval est suivi par un confrère, veuillez nous communiquer ses coordonnées afin que nous puissions le tenir informé: Dr.....ville..... Tel :..... Email :.....

7- Le cheval doit recevoir un régime alimentaire très léger (foin, herbe, eau), pendant la semaine qui précède l'intervention

8- Le cheval avant d'être hospitalisé doit être défermé des 4 pieds, sinon un complément de 40€ sera réclamé.

9- Le cheval doit avoir été vermifugé 10 jours avant la date prévue d'hospitalisation.

10- Au cours des 3 jours précédant l'hospitalisation, sa T°, aura été prise matin et soir, nous prévenir si elle dépasse 38°C

11- Si dans les 8 jours qui précèdent l'intervention, un accès de fièvre, de l'abattement, de la toux, une diarrhée ou tout autre symptôme inhabituel ont été observés, nous devons en être informés avant l'arrivée du cheval.

CONDITIONS GENERALES

1- **RESPONSABILITES:** L'hospitalisation et la conduite des soins sont sous la responsabilité de Clinique Vétérinaire. Toutes prestations, de quelque nature qu'elles soient, ne sont pas génératrices de résultats mais seulement d'obligation de moyens. En conséquence, sa responsabilité ne pourra être engagée qu'à la condition qu'il soit démontré qu'une faute grave de gardiennage ou dans l'exécution des soins a été commise par lui ou les personnes sous sa responsabilité. Cette responsabilité, à supposer qu'elle puisse être engagée dans les conditions ci-dessus visées, est en tout état de cause, limitée à un maximum, tous dommages confondus, de un million d'Euros (1.M €). Pour tout animal de valeur supérieure, veuillez nous en avertir, avant son arrivée en Clinique.

2- **HONORAIRES ET FRAIS DE PENSION:** Les factures devront être réglées sur présentation, au comptant et soldées au départ du cheval. Seront déduites du montant réclamé les provisions qui auront pu être réglées en cas d'hospitalisation prolongée, hebdomadairement. Le chèque de caution pourra être présenté à l'encaissement 48 heures après, dans le cas de non-respect des conventions et en particulier dans le cas fortuit de mort du dit cheval au cours de la période d'hospitalisation. Le prix estimé et indiqué au sein de ce dossier, n'est fourni qu'à titre indicatif, et ne comprend, en aucun cas, les frais dus à des complications post-chirurgicales.

3- OBLIGATIONS DU PROPRIETAIRE:

a) Sauf indications contraires ou urgence, les chevaux doivent être remis par le propriétaire ou son représentant, le jour de l'hospitalisation, les vaccinations légales en cours de validité.

b) Le propriétaire ou son représentant est tenu, sous sa responsabilité, lors de l'admission, de faire connaître à la personne réceptionnant le cheval, les vices ou manies de celui-ci ainsi que tous les éléments spécifiques permettant de manier et d'entretenir sans danger le cheval. Si l'une des obligations ci-dessus n'était pas remplie, la Clinique Vétérinaire se réserve le droit de refuser l'hospitalisation du cheval.

c) Le propriétaire ou son représentant est tenu de s'informer, s'il désire voir son cheval, des horaires de visites. Il doit également s'enquérir chaque semaine, en cas d'hospitalisation prolongée, de l'état de son cheval et du montant des honoraires qui pourront lui être réclamés soit sous forme de provisions, soit lors de la sortie du cheval. A défaut, le propriétaire est considéré comme ayant donné son accord pour la suite des soins et pour les frais et honoraires correspondants. Aucune réclamation, de quelque nature qu'elle soit, sur le montant des dits honoraires ne saurait donc, à posteriori, être utilement émise dès lors qu'à sa diligence, le propriétaire est susceptible de connaître les sommes qu'il devra finalement régler et les soins correspondants prodigués.

d) Le propriétaire est tenu de suivre rigoureusement les consignes qui lui sont remises lors de la sortie du cheval. Tout manquement à l'exécution de ces consignes déchargerait totalement la Clinique Vétérinaire et les personnes qu'il a sous sa responsabilité, de toute responsabilité, quelle qu'en puisse être la cause.

4- **INFORMATIONS GENERALES:** Sans que la liste ci-dessous soit exhaustive, l'attention des propriétaires est attirée sur les points suivants:

a) Les chirurgiens intervenants sont : Dr. Christian BUSSY ou Dr. Kossay BENREDOUANE ou Dr :.....

b) Il est indispensable pour que l'admission du cheval s'effectue dans de bonnes conditions, que, sauf cas d'urgence ou de force majeure, elle soit précédée d'un appel téléphonique pour convenir de la date et de l'heure.

c) Il est conseillé au propriétaire ou à son représentant de s'enquérir du taux de risque que comporte le motif

S.E.L.A.R.L. au capital de 128200 €, SIREN 389 814 609 RCS Le Mans

TOUT CHEVAL CONSULTE EST REPUTE AVOIR UNE VALEUR INFERIEURE A 1 Million €



CLINIQUE VETERINAIRE DU GRAND RENAUD
S.E.L.A.R.L. de Vétérinaires
Le Grand Renaud - Chemin vicinal n°1
F-72650 SAINT SATURNIN - FRANCE
Tél. : 33-(0)2-43-25-40-40 Fax : 33-(0)2-43-25-34-77
@ : contact@vetoequin.fr

d'hospitalisation de son cheval.

d) Nous déclinons toute responsabilité quant aux véhicules et vans laissés en stationnement sur le parking de la clinique.

Je soussigné _____ agissant en qualité de: (1) propriétaire, représentant dûment mandaté du propriétaire, ou gardien de l'animal, souhaite que l'intervention prévue soit réalisée dans les conditions qui m'ont été présentées ci-dessus, et déclare avoir été informé en termes clairs de la nature du traitement envisagé, des résultats anticipés, des alternatives à ce traitement, des risques et complications reconnues d'un tel traitement.

Je reconnais qu'aucune garantie ne m'a été donnée quant au résultat du traitement. Je reconnais également que toute procédure comporte des risques de gardiennage, de contention, de contagion lors de l'hospitalisation, d'intolérance à l'anesthésie, d'accident de couchage ou de relevé, de myosite, de fourbure, d'entérotaxémie et de coliques, de thrombose ou de phlébite des veines jugulaires, de paralysie des nerfs facial ou radial, déhiscence ou infection de plaies, pour ne citer que les plus fréquents. Je reconnais avoir été averti du risque de déchirure du rectum (souvent fatal) lors des palpations transrectales.

J'assure en tant que représentant du propriétaire avoir toute autorité pour donner mon consentement éclairé.

(1) rayer la mention inutile

Faire précéder la signature de la mention:
« Lu et approuvé »
Fait à _____ le _____

Signature du propriétaire ou de son représentant

Signature et cachet du vétérinaire

ACOMPTE OU RECONNAISSANCE DE DETTE laissée par :

Carte bancaire

CRYPTOGRAMME :

EXPIRE FIN:

SIGNATURE OBLIGATOIRE:

LU ET APPROUVE
Le _____