



MICROCHIP:

ORIGEM: RESGATADO
 ADOTADO

DATA DA
CIRURGIA:

Turno da Manhã
Cirurgia: Tarde

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME:

CAD
ÚNICO:

CPF/CNPJ:

R.G.:

CELULAR:

TEL.:

EMAIL:

END:
RUA,AV.

NÚMERO E
COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE: SETE LAGOAS

Declaro que todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras e autorizo a internação do animal por (3) três horas para que seja realizada cirurgia de:

Orquiectomia

Ovariosalpingohisterectomia

Declaro ainda que o animal está em jejum hídrico e alimentar de 12h, de acordo com as orientações recebidas. Estou ciente de que o animal será submetido a anestesia geral e dos riscos inerentes a esta, assim como próprio procedimento cirúrgico. Portanto autorizo o (a) veterinário(a) a adotar todos os procedimentos necessários caso haja alguma emergência. Estou ciente da obrigatoriedade da retirada do animal após alta médica e dos cuidados pós-operatórios (medicação, uso do colar elisabetano, roupa cirúrgica), que serão da minha inteira responsabilidade. Caso não siga corretamente as determinações médicos-veterinárias, serei unicamente o responsável pelas intercorrências que porventura vierem acontecer. Declaro ainda, estar ciente de que na ausência de informação segura de minha parte com relação à prenhez ou de sinais explícitos de tal estado, responsabilizo-me e autorizo a castração, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para os fetos.

Sete Lagoas, ____ de _____ de 20____

Assinatura do proprietário ou responsável

DADOS DO ANIMAL

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| NOME DO ANIMAL: | | RAÇA: | | ESPÉCIE: | |
| | | | | <input type="checkbox"/> CANINA | |
| | | | | <input type="checkbox"/> FELINA | |
| SEXO: | PORTE | | PELAGEM: (cor): | COMPRIMENTO: | |
| <input type="checkbox"/> FÊMEA | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> G | | <input type="checkbox"/> GG | <input type="checkbox"/> CURTA |
| <input type="checkbox"/> MACHO | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> PP | <input type="checkbox"/> FLT | <input type="checkbox"/> LONGA | |
| IDADE: | <input type="checkbox"/> ANOS | PESO: | CATEGORIA: | | <input type="checkbox"/> SEMI - DOMICILIADO |
| | <input type="checkbox"/> MESES | | <input type="checkbox"/> ERRANTE | | <input type="checkbox"/> DOMICILIADO |

ESTADO GERAL

| PARA O TUTOR PREENCHER: | | PARA O VETERINÁRIO PREENCHER: | |
|---|-----|--|--|
| SIM | NÃO | DESCRIÇÃO | |
| | | Está sob tratamento: | |
| | | Possui doença crônica: | |
| | | O animal apático | |
| | | Apetite normal | |
| | | Vomitou ou teve diarreia nos últimos 10 dias | |
| | | Já passou por alguma cirurgia | |
| | | Já foi anestesiado anteriormente | |
| | | O animal esteve ou está com infestação de pulgas ou carrapatos? | |
| | | Cio recente? Data: | |
| | | Foi medicado nos últimos 15 dias? | |
| Realizou exames de risco cirúrgico: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Coloração das mucosas: Escore corporal: Resultado: <input type="checkbox"/> REAGENTE <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO <input type="checkbox"/> AUSÊNCIA Exame: <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> PRESENÇA Presença de corrimento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SUSPEITA GESTAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO → APTO PARA CASTRAÇÃO? ← <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |

OBS.:

| MEDICAMENTO | DOSE | MEDICAMENTO | DOSE |
|---------------------|------|-----------------------------|------|
| Antibiótico: | | Antiinflamatório injetável: | |
| Analgésico opióide: | | Diazepan | |
| Xilazina | | Cetoprofeno | |
| Ketamina: | | Dipirona: | |

INFORMAÇÕES:

CHEGAR NO MÁXIMO 07:30h ou 13:00h, de acordo com o seu horário agendado, POIS É OBRIGATÓRIO ASSISTIR PALESTRA INICIAL. ATRASOS NÃO SERÃO TOLERADOS.

NECESSÁRIO AGUARDAR ATÉ O ANIMAL SER LIBERADO (ACORDAR DA SEDAÇÃO).

Antes da cirurgia de esterilização, os animais poderão ser submetidos a exame clínico pelo médico veterinário do CCZ, podendo ser considerados inaptos para a cirurgia, caso sejam constatadas quaisquer alterações consideradas significativas e que impossibilitem a realização da cirurgia.

O CCZ NÃO REALIZA EXAMES DE RISCO CIRÚRGICO, sendo altamente recomendado que o solicitante o faça por conta própria.

INSTRUÇÕES:

➤ **TODOS ANIMAIS :** TRAZER EM JEJUM DE 12 HORAS PARA ALIMENTO E 4 HORAS PARA LÍQUIDO.

➤ **TODOS ANIMAIS :** TUTOR DEVE TRAZER UM COBERTOR OU MANTA PARA O ANIMAL.

➤ **MACHOS:** TRAZER COLAR ELISABETANO OU PLACA DE RAIOS X GRANDE PARA CONFECÇÃO DO COLAR

➤ **FÊMEAS:** TRAZER ROUPA CIRÚRGICA OU CAMISA DE MALHA PARA CONFECÇÃO DA ROUPA CIRÚRGICA.

➤ **CÃES COM EXAME NEGATIVO PARA LEISHMANIOSE COM MAIS DE 30 DIAS PRECISARÃO REALIZAR O EXAME NOVAMENTE.**

DOCUMENTOS:

➤ **TRAZER** Esse TERMO DE CADASTRO preenchido e assinado.

➤ **1 CÓPIA:** R.G. ou Carteira de Motorista

➤ **1 CÓPIA:** Comprovante de residência

➤ **1 CÓPIA** Comprovante de renda com valor inferior a 02 (dois) Salários Mínimos (Uma das opções):

- a. Contracheque
- b. Extrato bancário
- c. Carteira de trabalho incluindo página com última demissão e a seguinte em branco. Em caso de nunca ter trabalhado, 1ª página de contrato em branco.

APÓS A CASTRAÇÃO, O PÓS-CIRÚRGICO É RESPONSABILIDADE DO TUTOR!

NAO SERAO CASTRADOS:

➤ **ANIMAIS COM MENOS DE 6 MESES OU MAIS DE 7 ANOS.**

➤ **ANIMAIS COM LESÕES CUTÂNEAS, EPILÉTICOS OU OBESOS.**

ANIMAIS NO CIO OU EM GESTAÇÃO AVANÇADA (cadelas/gatas): Se a cadela/gata estiver no cio, deve-se aguardar pelo menos 20 dias após o término do mesmo para realizar a esterilização. Em caso de gestação (gatas ou cadelas) recente, deve-se aguardar pelo menos 60 dias após o parto para realizar a esterilização.

CÃES REAGENTES PARA LEISHMANIOSE: Todos os cães farão teste rápido para leishmaniose antes do procedimento e em caso REAGENTE será coletado sangue para envio ao laboratório e animal somente será castrado após resultado NEGATIVO no segundo exame.

CÃES DAS RAÇAS BRAQUICEFÁLICAS: shi-tzu, bulldog inglês, bulldog francês, pug, boxer, pequinês, boston terrier, dogue de bordeaux, lhasa apso, sharpei, King Charles Spaniel, Staffordshire bull terrier, Yorkshire terrier e demais "raças braquicefálicas".

➤ **CADELAS ACIMA DE 20kg.**

➤ **GATOS COM FERIDAS:** será coletado o material para o exame de esporotricose. Só serão castrados os negativos.

➤ **GATOS DA RAÇA PERSA (branquicefálica).**

 Para chegar no CCZ siga na rua Carmen Killesse no bairro Padre Teodoro até o número 1545, vire à direita na avenida Mariana, após a ponte continuar na mesma estrada por mais 2,2km. Localização do CCZ: 19°31'9.10"S | 44°14'39.55"O