

DÉCLARATION DE CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT DE SOINS VÉTÉRINAIRES

Cabinet Vétérinaire / Cabinet Vétérinaire médico-chirurgical – Animaux de Compagnie

-Nom du déclarant :

-N° d'Ordre : -N° d'Ordre société :

-Dénomination ou raison sociale de la société (cf. Kbis):

-Nom commercial de l'établissement (cf. Kbis) :

-Adresse ESV :

-Tel : -Email :

-N° SIRET : -N° SIREN :

Je soussigné(e), atteste que, conformément au décret n° 2015-289 du 13 mars 2015 portant Code de Déontologie Vétérinaire, à l'arrêté du 13 mars 2015 relatif aux catégories d'établissements de soins vétérinaires et au cahier des charges établi par le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires, j'exerce mon activité au sein de l'établissement de soins vétérinaires suivant (*),

(**),
muni des aménagements et du matériel nécessaire.

(*) Cabinet Vétérinaire ou Cabinet Vétérinaire médico-chirurgical

(**) Possibilité d'ajouter « exercice exclusif en » suivi de l'activité revendiquée lorsqu'elle est exercée de manière exclusive (activité hors celles relevant de la liste des spécialités vétérinaires fixée par arrêté ministériel)

① LOCAUX :

Les locaux dans leur conception et agencement sont conformes aux réglementations en vigueur notamment en ce qui concerne la réception, le stockage des médicaments et l'élimination des déchets de soins.

Chaque pièce du Cabinet Vétérinaire pour animaux de compagnie est dotée d'un éclairage et d'une ventilation compatibles avec l'usage qui en est fait, son mobilier et son revêtement de sol doivent être faciles à nettoyer et à désinfecter, sa superficie est en concordance avec son utilisation.

Le cabinet dispose au minimum des points a) et b) :

a) Lieu de réception des clients

- Salle de réception accessible directement de l'extérieur*

b) Local d'examen

- Local d'examen :*
 - Un point d'eau permettant le lavage et la désinfection des mains
 - Une table d'examen facile à désinfecter
 - Des mobiliers de rangement

Le point c) est facultatif pour le cabinet vétérinaire, mais obligatoire pour le cabinet vétérinaire médico-chirurgical :

c) Salle de chirurgie / Local d'hospitalisation

- Salle de chirurgie*
 - Salle indépendante dédiée à la chirurgie
 - Un point d'eau à proximité immédiate permettant le lavage et la désinfection des mains
 - Un dispositif d'éclairage adéquat
 - Une table de chirurgie
 - Un système de stérilisation adéquat (autoclave de série B ou S, chaleur sèche type Poupinel)

- Local d'hospitalisation*
 - Salle indépendante dédiée à l'hospitalisation
 - Matériel nécessaire à l'hospitalisation et à la contention des espèces soignées

Les conditions d'hospitalisation et de surveillance des animaux hospitalisés en dehors des heures d'ouverture au public sont indiquées dans les « conditions générales de fonctionnement » (CGF) des établissements de soins vétérinaires, communiquées aux clients et transmises au CROV.

Le point d) est facultatif pour le cabinet vétérinaire et le cabinet vétérinaire médico-chirurgical :

d) Zone de radiologie (zone indispensable si présence d'un générateur de rayons X)

- Local réservé à la radiologie
- Local destiné à un autre usage dès lors que celui-ci est conforme à la réglementation relative à la radioprotection
- Le générateur RX a été déclaré à l'ASN
- La PCR a été désignée

Identité de la PCR (*) :

ANTICANCÉREUX à profil CMR

- Je déclare savoir qu'au sein de mon cabinet vétérinaire (médico-chirurgical) je ne peux ni commander, ni détenir, ni administrer, ni délivrer d'anticancéreux CMR

SIGNALÉTIQUE OBLIGATOIRE (art. R242-73 du CDD)

- Plaques professionnelles présentes
- Croix présente

SITE INTERNET (déclaration au Conseil régional de l'Ordre obligatoire art. R242-72 du CDD)

- Adresse du site internet :

- Webmestre :

- Adresse email du Webmestre :

► Remarque : les sites internet de type Facebook, Twitter, blog ... sont assimilés à des sites internet et doivent aussi être déclarés.

② MATÉRIEL REQUIS :

Le matériel mis en œuvre par l'établissement de soins doit être en état de marche et les conditions nécessaires à son bon fonctionnement remplies.

- Matériel nécessaire à l'examen clinique des animaux de compagnie et à la réalisation des actes vétérinaires courants
- Matériel de chirurgie permettant au minimum de réaliser de petites interventions d'urgence
- Tenues vestimentaires de chirurgie stérilisables ou stériles
- Matériel de réanimation manuelle (sondes endo-trachéales + ballon)
- Un dispositif de conservation des cadavres de taille adaptée (congélateur) dans l'attente de leur incinération

③ PERSONNEL VÉTÉRINAIRE REQUIS :

Chaque docteur vétérinaire en activité dans le Cabinet vétérinaire (médico-chirurgical) pour animaux de compagnie doit être en mesure d'apporter la preuve qu'il assure sa formation continue conformément aux préconisations émises par le Comité de la Formation Continue Vétérinaire.

Un Docteur Vétérinaire en activité pendant les heures d'ouverture au public (le cabinet vétérinaire est libre de ses horaires d'ouverture au public)

► Vétérinaire(s) exerçant(s) au sein de l'établissement de soins quel que soit leur statut (associé **ASS**, collaborateur libéral **Collib**, salarié **Sal**) :

Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	
Nom, prénom		N°		Statut	

④ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES : (IMPORTANT)

ESPÈCES SOIGNÉES

► Quelles sont les espèces soignées dans l'établissement ? AC NAC AR Eq
 (Animaux de compagnie (AC), NAC (NAC), Animaux de Rente (AR), Equins (Eq))

► Quel(s) vétérinaire(s) traite(nt) quelle(s) espèce(s) ?

Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> NAC	<input type="checkbox"/> AR	<input type="checkbox"/> Eq

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DE SOINS (PCS)

	Effectuée	Service de garde	Convention PCS
Lundi au vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuit de semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche/jours fériés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuit de WE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le cas échéant, joindre le Règlement Intérieur du Service de Garde et/ou la (les) convention(s) de PCS passée(s) avec les autres ESV.

Nom du Service de Garde :

ESV concernés par des conventions de PCS :

-

-

-

-

-

CONDITIONS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT (CGF)

Afin de pouvoir prétendre à l'appellation « cabinet vétérinaire pour animaux de compagnie » ou « cabinet vétérinaire médico-chirurgical pour animaux de compagnie », **il est impératif de joindre à ce formulaire vos conditions générales de fonctionnement** que vous devez également tenir à disposition de votre clientèle.

Pièces jointes :

- Récépissé(s) de déclaration et/ou décision(s) d'autorisation ASN*
- Certificat de suivi de formation PCR (interne ou externe)*
- Convention(s) de Permanence et de Continuité des Soins*
- Règlement Intérieur du service de garde*
- Conditions Générales de Fonctionnement de l'ESV*

Fait à , le

(Signature et cachet du déclarant)