**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM TREINAMENTO E/OU PESQUISA**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo da comissão**  **Protocolo no** Clique aqui para digitar texto.  **Recebido em:** Clique aqui para inserir uma data. |

**1. FINALIDADE**

Pesquisa

Treinamento

Data Início: Clique aqui para inserir uma data.

Data Término: Clique aqui para inserir uma data.

**2. TÍTULO DO PROJETO**

**Clique aqui para digitar texto.**

Área do conhecimento:

Clique aqui para digitar texto.

*Lista das áreas do conhecimento disponível em:* <http://www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm>.

**3. RESPONSÁVEL**

Nome: Clique aqui para digitar texto.

Formação Acadêmica: Clique aqui para digitar texto.

Departamento/Instituição: Clique aqui para digitar texto.

Telefone/Ramal: Clique aqui para digitar texto.

E-mail: Clique aqui para digitar texto.

**4. COLABORADORES**

Nome: Clique aqui para digitar texto.

Formação Acadêmica: Clique aqui para digitar texto.

Departamento/Instituição: Clique aqui para digitar texto.

Telefone/Ramal: Clique aqui para digitar texto.

E-mail: Clique aqui para digitar texto.

Nome: Clique aqui para digitar texto.

Formação Acadêmica: Clique aqui para digitar texto.

Departamento/Instituição: Clique aqui para digitar texto.

Telefone/Ramal: Clique aqui para digitar texto.

E-mail: Clique aqui para digitar texto.

Nome: Clique aqui para digitar texto.

Formação Acadêmica: Clique aqui para digitar texto.

Departamento/Instituição: Clique aqui para digitar texto.

Telefone/Ramal: Clique aqui para digitar texto.

E-mail: Clique aqui para digitar texto.

Nome: Clique aqui para digitar texto.

Formação Acadêmica: Clique aqui para digitar texto.

Departamento/Instituição: Clique aqui para digitar texto.

Telefone/Ramal: Clique aqui para digitar texto.

E-mail: Clique aqui para digitar texto.

**Preencha as informações de todos os colaboradores.**

**5. RESUMO DO PROJETO**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**6. OBJETIVOS**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**7. JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**8. RELEVÂNCIA**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**9. RECURSOS FINANCIEIROS**

Acrescente uma estimativa de orçamento do estudo e a fonte dos recursos financeiros. Haverá financiamento de algum órgão de fomento?

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**10. MODELO ANIMAL**

Espécie: Clique aqui para digitar texto.

Justificar o uso dos procedimentos e da espécie animal:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Procedência: Clique aqui para digitar texto.

Tipo e características: Clique aqui para digitar texto.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécie** | **Linhagem** | **Idade (meses)** | **Peso Aprox.** | **Quantidade** | | |
| **M** | **F** | **M+F** |
| Bovino  Bubalino  Caprino  Coelho  Ovino  Suíno  Outra | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| **TOTAL** | | | | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |

Há estudos prévios com o modelo animal proposto? Acrescentar um pequeno resumo desses estudos, citando as referências:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Há estudos prévios com outros modelos animal e/ou estudos *in vitro*? Acrescentar um pequeno resumo desses estudos, citando as referências:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**11. PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO/DELINEAMENTO EXPERIMENTAL**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**12. GRAU DE INVASIVIDADE\*: *(1, 2, 3 ou 4)***

Os materiais biológicos destes exemplares serão usados em outros projetos? Quais? Se já aprovado pela CEUA, mencionar o número do protocolo.

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**\* GRAU DE INVASIVIDADE (definições segundo o CONCEA)**

1. Experimentos que causam pouco ou nenhum desconforto ou estresse *(ex.: observação e exame físico; administração oral, intravenosa, intraperitoneal, subcutânea, ou intramuscular de substâncias que não causem reações adversas perceptíveis; eutanásia por métodos aprovados após anestesia ou sedação; deprivação alimentar ou hídrica por períodos equivalentes à deprivação na natureza).*

2. Experimentos que causam estresse, desconforto ou dor, de leve intensidade *(ex.: procedimentos cirúrgicos menores, como biópsias, sob anestesia; períodos breves de contenção e imobilidade em animais conscientes; exposição a níveis não letais de compostos químicos que não causem reações adversas graves).*

3. Experimentos que causam estresse, desconforto ou dor, de intensidade intermediária *(ex.: procedimentos cirúrgicos invasivos conduzidos em animais anestesiados; imobilidade física por várias horas; indução de estresse por separação materna ou exposição a agressor; exposição a estímulos aversivos inescapáveis; exposição a choques localizados de intensidade leve; exposição a níveis de radiação e compostos químicos que provoquem prejuízo duradouro da função sensorial e motora; administração de agentes químicos por vias como a intracardíaca e intracerebral).*

4. Experimentos que causam dor de alta intensidade *(ex.: indução de trauma a animais não sedados).*

**13. CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS**

Alimentação: Clique aqui para digitar texto.

Fonte de água: Clique aqui para digitar texto.

Lotação - Número de animais/área: Clique aqui para digitar texto.

Exaustão do ar: sim ou não: Clique aqui para digitar texto.

Comentar obrigatoriamente sobre os itens acima e as demais condições que forem particulares à espécie.

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Local onde será mantido o animal (biotério, fazenda, aviário, etc.):

Ambiente de alojamento:

Gaiola

Jaula

Baia

Outros. Especificar: Clique aqui para digitar texto.

Número de animais por gaiola/galpão: Clique aqui para digitar texto.

Tipo de cama (maravalha, estrado ou outro): Clique aqui para digitar texto.

**14. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS**

Estresse/dor intencional nos animais:  SIM  NÃO

|  |
| --- |
| (Se “SIM”, JUSTIFIQUE.)  ESTRESSE: Clique aqui para digitar texto.  DOR: Clique aqui para digitar texto.  RESTRIÇÃO HÍDRICA/ALIMENTAR: Clique aqui para digitar texto.  OUTROS: Clique aqui para digitar texto. |

**14.1. FÁRMACOS**

*Utilize esta tabela para o preenchimento de um fármaco. Copie, cole e preencha a tabela, quantas vezes forem necessárias, até que todos os fármacos sejam contemplados.*

*No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).*

*Lista das DCBs disponível em:* <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/lista_dcb_2007.pdf>.

USO DE ANESTÉSICOS:  SIM  NÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco | Clique aqui para digitar texto. |
| Dose (UI ou mg/kg) | Clique aqui para digitar texto. |
| Via de administração | Clique aqui para digitar texto. |

Em caso de não-uso, JUSTIFIQUE.

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

USO DE RELAXANTE MUSCULAR:  SIM  NÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco | Clique aqui para digitar texto. |
| Dose (UI ou mg/kg) | Clique aqui para digitar texto. |
| Via de administração | Clique aqui para digitar texto. |

USO DE ANALGÉSICOS:  SIM  NÃO

Justifique em caso negativo:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco | Clique aqui para digitar texto. |
| Dose (UI ou mg/kg) | Clique aqui para digitar texto. |
| Via de administração | Clique aqui para digitar texto. |
| Frequência | Clique aqui para digitar texto. |

**14.2. IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL**

SIM  NÃO

Indique o tipo em caso positivo:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**14.3. CONDIÇÕES ALIMENTARES**

JEJUM:  SIM  NÃO

Duração em horas: Clique aqui para digitar texto.

Restrição Hídrica:  SIM  NÃO

Duração em horas: Clique aqui para digitar texto.

**14.4. CIRURGIA**

SIM  NÃO

Única  Múltipla

Qual(is)?

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

No mesmo ato cirúrgico ou em atos diferentes? Clique aqui para digitar texto.

**15. PÓS-OPERATÓRIO**

OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO

SIM  NÃO

Período de observação (em horas): Clique aqui para digitar texto.

USO DE ANALGESIA

SIM  NÃO

Justificar o NÃO-uso de analgesia pós-operatório, quando for o caso:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco | Clique aqui para digitar texto. |
| Dose (UI ou mg/kg) | Clique aqui para digitar texto. |
| Via de administração | Clique aqui para digitar texto. |
| Frequência | Clique aqui para digitar texto. |
| Duração | Clique aqui para digitar texto. |

*Utilize esta tabela para o preenchimento de um fármaco. Copie, cole e preencha a tabela, quantas vezes forem necessárias, até que todos os fármacos sejam contemplados. No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).*

OUTROS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

SIM  NÃO

Descrição:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**16. EXPOSIÇÃO / INOCULAÇÃO / ADMINISTRAÇÃO**

SIM  NÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco/Outros | Clique aqui para digitar texto. |
| Dose | Clique aqui para digitar texto. |
| Via de administração | Clique aqui para digitar texto. |
| Frequência | Clique aqui para digitar texto. |

*No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).*

**17. EXTRAÇÃO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS**

SIM  NÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Material biológico | Clique aqui para digitar texto. |
| Quantidade da amostra | Clique aqui para digitar texto. |
| Frequência | Clique aqui para digitar texto. |
| Método de coleta | Clique aqui para digitar texto. |

*Utilize esta tabela para o preenchimento de um material biológico. Copie, cole e preencha a tabela, quantas vezes forem necessárias, até que todos os materiais sejam contemplados.*

**18. FINALIZAÇÃO**

MÉTODO DE INDUÇÃO DE MORTE

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição | Clique aqui para digitar texto. |
| Substância, dose, via | Clique aqui para digitar texto. |

Caso método restrito, justifique:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

DESTINO DOS ANIMAIS APÓS O EXPERIMENTO

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Forma de descarte da carcaça:

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**19. RESUMO DO PROCEDIMENTO**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**20. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

**21. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(LEIA CUIDADOSAMENTE ANTES DE ASSINAR)

|  |
| --- |
| Eu, Clique aqui para digitar texto. (nome do responsável), certifico que:   1. li o disposto na Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, e nas demais normas aplicáveis à utilização de animais em ensino e/ou pesquisa, especialmente as Resoluções Normativas do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – CONCEA; 2. este estudo não é desnecessariamente duplicativo, possuindo mérito científico e a equipe participante deste projeto foi treinada e é competente para executar os procedimentos descritos neste protocolo; 3. não existe método substitutivo que possa ser utilizado como uma alternativa ao projeto.   Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: Clique aqui para inserir uma data. |

Encaminhar em 2 vias.

Quando cabível, anexar o termo de consentimento livre e esclarecido do proprietário ou responsável pelo animal.

**22. RESOLUÇÃO DA COMISSÃO**

|  |
| --- |
| A Comissão de Ética no Uso de Animais – CEUA Braile Biomédica, na sua reunião de Clique aqui para inserir uma data., APROVOU os procedimentos éticos apresentados neste Protocolo.  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador da Comissão |

|  |
| --- |
| A Comissão de Ética no Uso de Animais – CEUA Braile Biomédica, na sua reunião de Clique aqui para inserir uma data., emitiu o parecer em anexo e retorna o Protocolo para sua revisão.  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador da Comissão |