

**COMISSÃO DE ÉTICA NO USO DE ANIMAIS**

**FORMULÁRIO UNIFICADO PARA RELATÓRIO DO USO DE ANIMAIS EM EXPERIMENTAÇÃO/ENSINO/DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROTOCOLO No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Obs.: Não será aceito o relatório sem o número de protocolo** |  |

**1. FINALIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| Experimentação |  |
| Ensino |  |
| Desenvolvimento de recursos didáticos |  |

Início: ...../..../....

Término: ..../..../....

**2. TÍTULO**

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**3. RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO (é o mesmo que consta como coordenador no projeto original)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Nível acadêmico |  |
| Instituição |  |
| Unidade |  |
| Departamento / Disciplina |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

**3.1 RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO VETERINÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Inscrição no CRMV |  |
| Nível acadêmico |  |
| Instituição |  |
| Unidade |  |
| Departamento / Disciplina |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

**4. RESUMO**

|  |
| --- |
|  |

**5. MODELO ANIMAL**

Espécie (nome vulgar, se existir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Justificar o uso dos procedimentos e da espécie ou grupo taxonômico.

|  |
| --- |
|  |

Item 5 - O coordenador deve justificar a espécie ou grupo taxonômico e os procedimentos empregados em função do sistema biológico estudado.

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**5.1. PROCEDÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Biotério, fazenda, aviário, etc. |  |
| Localização |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Animal silvestre |  |

Número da solicitação ou autorização do SISBIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Outra procedência? |  |

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| O animal é geneticamente modificado? |  |

Número do CQB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**5.2. TIPO E CARACTERÍSTICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécie** | **Solicitado à CEUA** | | | | **Aprovado pela CEUA** | | | | **Efetivamente utilizado** | | | |
| **M** | **F** | **Sexo indef.** | **Total** | **M** | **F** | **Sexo indef.** | **Total** | **M** | **F** | **Sexo indef.** | **Total** |
| Anfíbio\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ave\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bovino |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bubalino |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cão |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo heterogênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo isogênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo *Knockout* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo transgênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Caprino |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chinchila |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cobaia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coelhos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Equídeo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Espécie silvestre brasileira\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Espécie silvestre não-brasileira\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gato |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gerbil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hamster |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ovino |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Peixe\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primata não-humano\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato heterogênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato isogênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato *Knockout* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato transgênico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réptil\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suíno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Outra |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* No caso de animais silvestres de vida livre, quando não for possível estimar o quantitativo, o número de animais efetivamente utilizados deverá constar no Relatório Anual da CEUA, assim como as demais informações constantes desta tabela.

\*\* Animais cativos.

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**5.3. MÉTODOS DE CAPTURA (somente em caso de uso de animais silvestres)**

**Não se aplica**

|  |
| --- |
|  |

Item 5.3 - Obs.: Deve incluir não somente a descrição detalhada dos equipamentos utilizados na captura como também estratégias para minimizar o estresse sofrido pelo animal capturado inclusive durante eventual transporte, manipulação e marcação.

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**5.4. PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO/DELINEAMENTO EXPERIMENTAL UTILIZADO**

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

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

Alimentação

Fonte de água

Lotação - Número de animais/área

Exaustão do ar: sim ou não

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

|  |
| --- |
|  |

Local onde foram mantidos os animais:

|  |  |
| --- | --- |
| Biotério, fazenda, aviário, etc. |  |
| Localização |  |

**Ambiente de alojamento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gaiola |  |
| Jaula |  |
| Baia |  |
| Outros |  |

Número de animais por gaiola/galpão: \_\_\_\_\_

Tipo de cama (maravalha, estrado ou outro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6. PROCEDIMENTOS**

**6.1. GRAU DE INVASIVIDADE:**

**GRAU DE INVASIVIDADE (GI) - definições segundo o CONCEA**

GI1 = 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).

GI2 = 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).

GI3= 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).

GI4 **=** Experimentos que causam dor de alta intensidade(ex.: Indução de trauma a animais não sedados).

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS DO PROJETO/AULA**

**6.2.1. ESTRESSE/DOR INTENCIONAL NOS ANIMAIS Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Não |  |
| Sim |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Curto |  |
| Longo |  |

|  |
| --- |
| (Se “sim”, JUSTIFIQUE.)  **ESTRESSE:**  **DOR:**  **RESTRIÇÃO HÍDRICA/ALIMENTAR:**  **OUTROS:** |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.2. USO DE FÁRMACOS ANESTÉSICOS Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco |  |
| Dose (UI ou mg/kg) |  |
| Via de administração |  |

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).

|  |
| --- |
| (Em caso de não-uso, JUSTIFIQUE.) |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.3. USO DE RELAXANTE MUSCULAR Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco |  |
| Dose (UI ou mg/kg) |  |
| Via de administração |  |

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).

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.4. USO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Justifique em caso negativo:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco |  |
| Dose (UI ou mg/kg) |  |
| Via de administração |  |
| Frequência |  |

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).

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.5. IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Indique o tipo em caso positivo:

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.6. CONDIÇÕES ALIMENTARES**

**6.2.6.1. JEJUM: Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Duração em horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.6.2. Restrição Hídrica: Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Duração em horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.7. CIRURGIA Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Única |  |
| Múltipla |  |

Qual(is)?

|  |
| --- |
|  |

No mesmo ato cirúrgico ou em atos diferentes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.8. Pós-OPERATÓRIO Não se aplica**

**6.2.8.1. OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Período de observação (em horas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.8.2. USO DE ANALGESIA Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco |  |
| Dose (UI ou mg/kg) |  |
| Via de administração |  |
| Frequência |  |
| Duração |  |

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).

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.8.3. OUTROS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

Descrição:

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**6.2.9. EXPOSIÇÃO / INOCULAÇÃO / ADMINISTRAÇÃO Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fármaco/Outros |  |
| Dose |  |
| Via de administração |  |
| Frequência |  |

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).

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**7. EXTRAÇÃO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Sim |  |
| Não |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Material biológico |  |
| Quantidade da amostra |  |
| Frequência |  |
| Método de coleta |  |

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.

Item 6 - Obs. 1ª: Todos os materiais biológicos obtidos do animal devem ser informados mesmo aqueles obtidos após a eutanásia. O procedimento de retirada destes materiais biológicos deve ser informado nos itens pertinentes com especial atenção à retirada feita de animais vivos.

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

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**8. FINALIZAÇÃO**

**8.1. MÉTODO DE EUTANÁSIA Não se aplica**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição |  |
| Substância, dose, via |  |

Caso método restrito (uso exclusivo de decapitação, deslocamento cervical ou CO2), justifique: (referência bibliográfica para o não uso de anestésicos).

Item 7.1 - Obs.: Devem ser incluídas em detalhes a metodologia e infraestrutura necessária (sala reservada; materiais; equipamento) e método de confirmação da morte.

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**8.2. DESTINO DOS ANIMAIS APÓS O EXPERIMENTO**

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**8.3. Forma de descarte da carcaça Não se aplica**

|  |
| --- |
|  |

**Em conformidade com o projeto? sim não**

**Em caso de resposta negativa, descrever e justificar a alteração:**

|  |
| --- |
|  |

**9. CONCLUSÕES**

**10. ESPECIFICAR COMO OS RESULTADOS DA EXPERIMENTAÇÃO ANIMAL FORAM OU SERÃO DIVULGADOS. EM CASO NEGATIVO, JUSTIFICAR (APENAS PARA PESQUISA).**

**11. RELATE OUTRAS OCORRÊNCIAS QUE ENTENDER PERTINENTES:**

**Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Responsável** |  |
| **Telefone** |  |
| **E-mail** |  |