**FORMULÁRIO UNIFICADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM EXPERIMENTAÇÃO / PESQUISA**

**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS** | **USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO****PROTOCOLO No** **RECEBIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

***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>

<http://www.mct.gov.br/upd_blob/0238/238271.pdf>

**1. FINALIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| Ensino |  |
| Pesquisa |  |
| Treinamento |  |

Início: ...../..../....

Término: ..../..../....

**2. TÍTULO DO PROJETO/AULA PRÁTICA/TREINAMENTO**

|  |
| --- |
|  |

Área do conhecimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­

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

**Av. Alberto Torres, 111 - Alto - CEP 25964-000 - Teresópolis-RJ – Brasil**

**Tel.: (21) 2641-7000 - Fax (21) 2741-5270**

**CGC/MF nº 32.190.092/0001-06 - Inscrição Estadual Isento**

**Est. Wenceslau José de Medeiros s/nº. Vale do paraíso – Teresópolis/RJ. CEP: 25.976-340.**

**Tel: 21-2743-5301. Tel-fax: 21-2743-5321**

**3. RESPONSÁVEL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Instituição |  |
| Unidade |  |
| Departamento / Disciplina |  |

**Experiência Prévia:**

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

Quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Treinamento:**

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

Quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vínculo com a Instituição e qualificação:**

|  |  |
| --- | --- |
| Docente/Pesquisador |  |
| Téc. Nível Sup. |  |
| Jovem pesquisador/Pesquisador visitante |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

**4. COLABORADORES (EQUIPE PARTICIPANTE)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Instituição |  |
| Nível acadêmico |  |
| Experiência prévia (anos) |  |
| Treinamento (especificar) |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |

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

Obs.: Havendo procedimento cirúrgico (pré – ato – pós) indispensável Médico Veterinário responsável pelo procedimento cirúrgico. (Lei 5.517 de 23/10/1968, Capítulo II, Art. 5º, alínea a.

**5. RESUMO DO PROJETO/AULA**

|  |
| --- |
|  |

**6. OBJETIVOS (na íntegra)**

|  |
| --- |
|  |

**7. JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
|  |

**8. RELEVÂNCIA**

|  |
| --- |
|  |

**9. MODELO ANIMAL OU MATERIAL (vivo ou morto, órgãos, tecidos ou seus anexos, unhas, cascos, pêlos, penas, escamas, etc).**

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

Justificar o uso dos procedimentos e da espécie animal

|  |
| --- |
|  |

**9.1. PROCEDÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Biotério / Instalação em Ciência Animal, fazenda, aviário, etc. |  |

Obs.: Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

|  |  |
| --- | --- |
| Animal selvagem |  |

Número de protocolo SISBIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Número de protocolo CTNBio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.2. TIPO E CARACTERÍSTICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécie** | **Linhagem** | **Idade** | **Peso aprox.** | **Quantidade** |
| **M** | **F** | **M + F** |
| Anfíbio |  |  |  |  |  |  |
| Ave |  |  |  |  |  |  |
| Bovino |  |  |  |  |  |  |
| Bubalino |  |  |  |  |  |  |
| Cão |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo heterogênico |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo isogênico |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo *Knockout* |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo transgênico |  |  |  |  |  |  |
| Caprino |  |  |  |  |  |  |
| Chinchila |  |  |  |  |  |  |
| Cobaia |  |  |  |  |  |  |
| Coelhos |  |  |  |  |  |  |
| Equídeo |  |  |  |  |  |  |
| Espécie selvagem brasileira |  |  |  |  |  |  |
| Espécie selvagem não-brasileira |  |  |  |  |  |  |
| Gato |  |  |  |  |  |  |
| Gerbil |  |  |  |  |  |  |
| Hamster |  |  |  |  |  |  |
| Ovino |  |  |  |  |  |  |
| Peixe |  |  |  |  |  |  |
| Primata não-humano |  |  |  |  |  |  |
| Rato heterogênico |  |  |  |  |  |  |
| Rato isogênico |  |  |  |  |  |  |
| Rato *Knockout* |  |  |  |  |  |  |
| Rato transgênico |  |  |  |  |  |  |
| Réptil |  |  |  |  |  |  |
| Suíno |  |  |  |  |  |  |
| Outra |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTAL: |  |

**9.3. MÉTODOS DE CAPTURA**

|  |
| --- |
|  |

**9.4. PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO / DELINEAMENTO EXPERIMENTAL OU A METODOLOGIA**

|  |
| --- |
|  |

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

*(Resol. Normativa nº4 de 18/04/2013 – Anexo I –Concea)*

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

|  |
| --- |
|  |

**9.6. 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 será mantido o animal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (biotério, fazenda, aviário, etc.).

**Ambiente de alojamento:**

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

Descrever: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**10.1. ESTRESSE/DOR INTENCIONAL NOS ANIMAIS**

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

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

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

**10.2. USO DE FÁRMACOS ANESTÉSICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 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.) |

**10.3. USO DE RELAXANTE MUSCULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| 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).*

**10.4. USO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 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).*

**10.5. IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL**

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

Indique o tipo em caso positivo:

|  |
| --- |
|  |

**10.6. CONDIÇÕES ALIMENTARES**

**JEJUM:**

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

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

**Restrição Hídrica:**

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

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

**10.7. CIRURGIA**

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

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

Qual(is)?

|  |
| --- |
|  |

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

**10.8. Pós-OPERATÓRIO**

**10.8.1. OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO**

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

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

**10.8.2. USO DE ANALGESIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 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).*

**10.8.3. OUTROS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS**

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

Descrição:

|  |
| --- |
|  |

**10.9. EXPOSIÇÃO / INOCULAÇÃO / ADMINISTRAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| 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).*

**11. EXTRAÇÃO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 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.*

**12. FINALIZAÇÃO**

**12.1. MÉTODO DE INDUÇÃO DE MORTE**

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

*Res. nº1000/2010 – Conselho Fede. Med. Veterinária*

*Res. nº013/2013 (20/09/2013) – Conselho Nacional de Controle e Experimentação Animal.*

Caso método restrito, justifique:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**12.3. Forma de descarte da carcaça**

|  |
| --- |
|  |

*Lei nº12.305 (02/08/2010) – DOU*

*Res. nº358 (29/04/2005) - CONAMA*

**13. RESUMO DO PROCEDIMENTO (relatar todos os procedimentos com os animais ou com o material utilizado)**

|  |
| --- |
|  |

**14. TERMO DE RESPONSABILIDADE (LEIA CUIDADOSAMENTE ANTES DE ASSINAR)**

|  |
| --- |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do responsável), certifico que:1. li o disposto na Lei Federal 11.794, de 8 de outubro de 2008, e as demais normas aplicáveis à utilização de animais para o ensino e pesquisa, especialmente as resoluções do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – CONCEA;
2. este estudo não é desnecessariamente duplicativo, tem mérito científico e que a equipe participante deste projeto/aula 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: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ |

Encaminhar em 2 vias.

A critério da CEUA, poderá ser solicitado o projeto, respeitando confidencialidade e conflito de interesses.

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

**15. RESOLUÇÃO DA COMISSÃO**

|  |
| --- |
| A Comissão de Ética no Uso de Animais, na sua reunião de \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_, APROVOU os procedimentos éticos apresentados neste Protocolo.Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador da Comissão |

|  |
| --- |
| A Comissão de Ética No Uso de Animais, na sua reunião de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, emitiu o parecer em anexo e retorna o Protocolo para sua revisão.Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador da Comissão |

**\* 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).*

**FORMULÁRIO UNIFICADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM EXPERIMENTAÇÃO / PESQUISA**

**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS** | **USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO****PROTOCOLO DE ENTREGA No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****PROTOCOLO DE PESQUISA Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****RECEBIDO POR:**  **EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

**TÍTULO DO PROJETO/AULA PRÁTICA/TREINAMENTO**

|  |
| --- |
|  |

**..........................................................................................................................................**

**ANEXO I**

**TÍTULO DO PROJETO/AULA PRÁTICA/TREINAMENTO**

|  |
| --- |
|  |
| **PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS** | **PROTOCOLO DE ENTREGA No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****RECEBIDO POR:** **EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |

***O requerente deste projeto deverá acompanhar o andamento deste protocolo pelo site do UNIFESO, utilizando o número do protocolo de entrega. O RESULTADO FINAL será encaminhado para o e-mail do PESQUISADOR.***