

***CESUMAR – Centro Universitário de Maringá***

*Diretoria de Pesquisa*

Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA–Cesumar)

**FORMULÁRIO UNIFICADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM EXPERIMENTAÇÃO E/OU ENSINO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS** | **USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO** | |
| Nº PROTOCOLO |  |
| 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>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 FINALIDADE** | | | | | |
| Ensino |  |  | | | |
| Pesquisa |  |  | | | |
| Treinamento |  |  | | | |
| Início: | | | 00 / 00 / 0000 | Término: | 00 / 00 / 0000 |

|  |
| --- |
| **2 TÍTULO DO PROJETO/AULA PRÁTICA/TREINAMENTO** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÁREA DO CONHECIMENTO** | |
| Nome da área Geral: |  |
| Nome da área Específica: |  |

Para área, consulte em: <http://memoria.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm>

|  |  |
| --- | --- |
| **3 RESPONSÁVEL/ORIENTADOR** | |
| Nome completo: |  |
| Instituição: |  |
| Unidade: |  |
| Departamento / Disciplina: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Experiência Prévia Com Uso de Animais:** | | | |
| Sim |  |  |  |
| Não |  |  |  |
| Quanto Tempo: | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Treinamento:** | | | |
| Sim |  |  |  |
| Não |  |  |  |
| Quanto Tempo: | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vínculo com a Instituição:** | | | |
|  | Docente/Pesquisador | |  |
|  | Téc. Nível Sup. | |  |
|  | Jovem pesquisador/Pesquisador visitante | |  |
|  | | | |
| Telefone: | |  | |
| E-mail: | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4 COLABORADORES** | |
| Nome completo: |  |
| Instituição: |  |
| Nível acadêmico: |  |
| Experiência prévia (anos): |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |
| Treinamento (especificar): |  |

*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.*

|  |
| --- |
| **5 RESUMO DO PROJETO/AULA** |
|  |

|  |
| --- |
| **6 OBJETIVOS (na íntegra)** |
|  |

|  |
| --- |
| **7 JUSTIFICATIVA** |
|  |

|  |
| --- |
| **8 RELEVÂNCIA** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9 MODELO ANIMAL** | |
|  | |
| **Espécie** (nome vulgar, se existir): |  |
|  | |
| Justificar o uso dos procedimentos e da espécie animal. | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.1 PROCEDÊNCIA** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Biotério, fazenda, aviário, etc.: | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| Animal silvestre? | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |
| Sim |  | Número de protocolo SISBIO: | |  | | |
|  | | | | | | |
| Outra procedência? | | | | | | |
| Não |  |  |  | | | |
| Sim |  | Qual: |
|  | | | | | | |
| O animal é geneticamente modificado? | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |
| Sim |  | Número de protocolo CTNBio: | |  | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.2 TIPO E CARACTERÍSTICA** | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | **Quantidade** | | | | |
| **Espécie** | **Linhagem** | | **Idade** | | **Peso aprox.** | | **M** | **F** | | **M+F** |
| 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 |  | |  | |  | |  |  | |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | |  | |

|  |
| --- |
| **9.3 MÉTODOS DE CAPTURA** (somente em caso de uso de animais silvestres) |
|  |

|  |
| --- |
| **9.4 PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO/DELINEAMENTO EXPERIMENTAL** |
|  |

|  |
| --- |
| **9.5 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. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS** | | | | |
| Alimentação: |  | | | |
| Fonte de água: |  | | | |
| Lotação - Número de animais/área: |  | | | |
| Exaustão do ar: |  | Sim |  | 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 | |
|  |  |  | |
|  | 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 |  |  | | Curto |  |  |  |  |
| Sim |  |  | | Longo |  |  |  |  |
| **Se “sim”, JUSTIFIQUE:** | | | | | | | | |
| Estresse**:** | | |  | | | | | |
| Dor: | | |  | | | | | |
| Restrição hídrica/Alimentar: | | |  | | | | | |
| Outros: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.2 USO DE FÁRMACOS ANESTÉSICOS** | | | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Se “sim”, INFORME:** | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Se “sim”, INFORME:** | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | |
| Não |  |  |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  |  |  |  |  |  |
| **Justifique em caso negativo**: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.5 IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL** | | | | | | | |
| Não |  |  |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indique o tipo em caso positivo:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.6 CONDIÇÕES ALIMENTARES** | | | | | | | | |
| **Jejum**: | | | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
| Duração em horas: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Restrição Hídrica**: | | | | | | | | |
| Não |  |  | |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
| Duração em horas: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.7 CIRURGIA** | | | | | | | |
| **Jejum**: | | | | | | | |
| Não |  | Única | | | |  |  |
| Sim |  | Múltipla | | | |  |  |
|  | | |  |  |  | | |
| Duração em horas: | | |  | | | | |
| **Qual(is)?** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| No mesmo ato cirúrgico ou em atos diferentes? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.8 Pós-OPERATÓRIO** | | | | | | | | |
| 10.8.1 OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO | | | | | | | | |
| Não |  |  |  | |  |  |  |  |
| Sim |  | Período de observação (em horas): | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10.8.2 USO DE ANALGESIA | | | | | | | |
| Não |  |  |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  | | | | | |
| **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 | | | | | | | |
| Não |  |  |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  | | | | | |
| **Descrição**: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.9 EXPOSIÇÃO / INOCULAÇÃO / ADMINISTRAÇÃO** | | | | | | | |
| Não |  |  |  |  |  |  |  |
| Sim |  |  | | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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: |
|  |
| Caso método restrito, justifique: |
|  |
| **12.2 DESTINO DOS ANIMAIS APÓS O EXPERIMENTO** |
|  |
| **12.3 Forma de descarte da carcaça** |
|  |

|  |
| --- |
| **13 RESUMO DO PROCEDIMENTO** (relatar todos os procedimentos com os animais) |
|  |

**14. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(LEIA CUIDADOSAMENTE ANTES DE ASSINAR)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | Eu, |  | | | , 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: 00 / 00 / 0000 | |

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 do proprietário ou responsável pelo animal.

**15. RESOLUÇÃO DA COMISSÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| A Comissão de Ética no Uso de Animais do Cesumar, na sua reunião de | | Dia | / | Mês | | / | Ano |
| APROVOU os procedimentos éticos apresentados neste Protocolo. | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |
|  | *Assinatura*  **Coordenador da CEUA-Cesumar** | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| A Comissão de Ética no Uso de Animais do Cesumar, na sua reunião de | | Dia | / | Mês | | / | Ano |
| emitiu o parecer em anexo e retorna o Protocolo para sua revisão. | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |
|  | *Assinatura*  **Coordenador da CEUA-Cesumar** | | | |  | | |

**\* 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).*