



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO ANIMAIS

1. Título do projeto de pesquisa

2. Área do conhecimento

3. Nível de abrangência do projeto: () Produção do Pesquisador () Conclusão de Curso: Graduação

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Conclusão da disciplina: _____

() Outros:

Atividade de Ensino:

4. Tempo de duração da pesquisa:

Início: ____ / ____ / ____

Término: ____ / ____ / ____

5. Composição da pesquisa:

Membros:

Titulação:

Atributos na pesquisa:

01-

02-

03-

04-

05-

6. Projeto:

6.1 Introdução, apresentação da pesquisa:

6.2 Justificativa e relevância do projeto:



6.3 Objetivos da pesquisa:

6.4 Metodologia (contendo tipo de pesquisa, cenário, análise e apresentação dos resultados)

7. Dados referentes aos animais envolvidos na pesquisa:

Nome Científico / vulgar:	Número total:	Número de animais silvestres:	Em risco de extinção:	Primatas não humanos:
Raça/ linhagem:	M - machos, F - fêmeas, I - indeterminado	M () F () I ()	M () F () I ()	M () F () I ()
Idade:				
Peso:	M () F () I ()			

Procedimentos: Restrição Hídrica: sim () não () Jejum: sim () não ()
 Cirurgia: sim () não () Extração de Fluidos/órgãos: sim () não ()
 Inoculação de substâncias/fármacos/medicamentos: sim () não ()
 Exposição a agente químico/biológico/mecânico: sim () não ()

Grau de severidade: Brando () Moderado () Substancial ()

Número amostral: _____

Justificativa para número amostral:

Tempo de utilização animal na pesquisa:

Manejo dos animais:

Água (origem e tratamento):

Tipo de ração:



Suplemento alimentar:

Outros: Restrição alimentar: Sim () Não () Restrição hídrica: Sim () Não ()

Justifique a necessidade e a duração da restrição quando aplicável:

Condições de alojamento

Controle de temperatura: Sim () Não ()

Controle de ventilação: Sim () Não ()

Controle do ciclo da luz: Sim () Não ()

Acondicionamento e descarte do dejetos: Sim () Não ()

Especificar: _____

Limpeza e desinfecção das instalações: Sim () Não ()

Especificar: _____

Grau de intensidade previsto de estresse ou dor: Brando () Moderado () Severo ()

Destino dos animais após os experimentos: Reutilização () Como: _____

Eutanásia ()

Método de Eutanásia : _____

Justificativa:

OBS: Os métodos de eutanásia seguem de acordo com a RESOLUÇÃO Nº 1000, DE 11 DE MAIO DE 2012 - CFMV

Procedimentos cirúrgicos e de anestesia:

Haverá algum procedimento cirúrgico?

Não () Sim () Múltiplos () Únicos ()

Será utilizado fármacos anestésicos: Sim () Não ()

Métodos de anestésias e analgesia:

Fármacos utilizadas (doses e vias de administração):

Descrever restrição de água e alimentação cirúrgica:

Exposições a elementos físicos e atmosféricos: Sim () Não ()

Extração de material / ou fluidos: Sim () Não ()

Se sim, vias e quantidades

Método de contenção: Manual () Farmacológico () Uso de instrumentos, cordas, etc Outros(especificar) ()



Destino a ser dado aos animais após a eutanásia:

O responsável pela eutanásia:

OBS: Na entrega do protocolo deverá ser anexado o cronograma de atividades e o orçamento financeiro, previamente aprovado pela instituição patrocinadora.



PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
Nome			
Cpf:	Identidade	Endereço	
Bairro:	CEP	Cidade	Nacionalidade
Profissão:		Área de especialização	Maior titulação
Telefone/ celular			Email
<p>Termo de Compromisso e Responsabilidade: Li o disposto na Lei Federal 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; E observarei os Princípios Éticos na Experimentação Animal preconizados pelo COBEA. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p>			
Data ____/____/____		Assinatura _____	
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA			
Nome			Unidade/ Órgão
Endereço			Bairro Cidade
Cep	Telefone	Email	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Lei 11.794/08 e observarei os Princípios Éticos na Experimentação Animal preconizados pelo COBEA. E como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Data ____/____/____		Assinatura _____	
COMISSÃO DE ÉTICA NO USO DE ANIMAIS EM PESQUISA - CEUA / FMO			
Data de entrada	Registro nº	Conclusão: Aprovado ()	Conclusão: Não Aprovado ()
____/____/____		Data ____/____/____	Data ____/____/____
Coordenador/ Nome			
_____			Assinatura _____