



Criado em 2012

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO

PROTOCOLO Nº: _____

RECEBIDO EM ____/____/____.

Este formulário deve ser preenchido pelo responsável e encaminhado ao CEUA-FACENE/FAMENE. É necessário o envio do projeto de pesquisa

PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS EM PESQUISA/AULA PRÁTICA

Executor:

Nome do Orientador (se houver):

Faculdade/Instituição:

Telefone / Ramal:..... | Fax: | e-mail:

1 – IDENTIFICAÇÃO DO EXPERIMENTO

1.1 - Título do Projeto/ Aula Prática

Termo de Responsabilidade

Eu asseguro ao CEUA-FACENE/FAMENE que:

- 11.1. Li a Lei 11.794 que regulamenta os procedimentos para o uso científico de animais em pesquisa e concordo plenamente com suas exigências durante a vigência deste protocolo;
- 11.2. Este estudo não é desnecessariamente duplicativo, tem mérito científico e que a equipe que participa deste projeto foi treinada e é competente para executar os procedimentos descritos nesse protocolo;
- 11.3. Comprometo-me a solicitar nova aprovação deste protocolo sempre que ocorra alteração significativa nos experimentos aqui descritos;
- 11.4. Tudo o que foi declarado nesse protocolo é a absoluta expressão da verdade. Estou ciente que o não cumprimento das condições aqui especificadas é de minha total responsabilidade (pesquisador principal) e que estarei sujeito às punições previstas na legislação em vigor.

NomeAssinatura.....

Data: ____/____/____



1.2 – Finalidade Acadêmica do Experimento:

Pesquisa Extensão TCC/Monografia

Finalidade:

Aula Prática Outros: _____

Data da realização: Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

AVALIAÇÃO DO CEUA- FACENE/FAMENE:

Data da Reunião: ____/____/____

Aprovado Com pendências Reprovado

Pendências:

Devolvido ao responsável em:

Retorno em: ____/____/____ Analisado em: ____/____/____

Segundo parecer: Aprovado []. Reprovado[]. Com pendências [].

Coordenador(a) do CEUA-FACENE/FAMENE

Secretário(a) do CEUA-FACENE/FAMENE



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, da Faculdade de
Medicina Nova Esperança – FAMENE e da Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN



PROCOLO Nº: _____

Data início ____ / ____ / ____

Data fim ____ / ____ / ____

1. TÍTULO:

Financiador(a):

2. OBJETIVO(S) DA PESQUISA:

3. RESUMO DO PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL



4.1. EQUIPE DO PROJETO

Qualificação da equipe

Experiência na execução do procedimento:

Orientador: Sim Não Por quanto tempo: _____
Executor: Sim Não Por quanto tempo: _____
Colaborador Sim Não Por quanto tempo: _____

Treinamento em manuseio de animais:

Orientador: Sim Não Por quanto tempo: _____
Executor: Sim Não Por quanto tempo: _____
Colaborador Sim Não Por quanto tempo: _____

Em caso negativo, a cargo de quem ficará o manuseio dos animais: _____

5. INFORMAÇÕES SOBRE O MODELO ANIMAL EXPERIMENTAL

5.1. Descrição do animal

<u>Espécie utilizada:</u>	<input type="checkbox"/> Porco	<input type="checkbox"/> Rato	<input type="checkbox"/> Camundongo
	<input type="checkbox"/> Hamster	<input type="checkbox"/> Aves*	<input type="checkbox"/> Primata-Não Humano*
	<input type="checkbox"/> Répteis*	<input type="checkbox"/> Cão	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<u>Linhagem:</u>	_____		

*Especificar: _____

<u>Procedência:</u>	_____		
<u>Padrão sanitário do animal na procedência:</u>	_____		
<input type="checkbox"/> Convencional c/ barreira	<input type="checkbox"/> Germe Free	<input type="checkbox"/> Outro	
<input type="checkbox"/> Convencional s/ barreira	<input type="checkbox"/> Sem padrão sanitário		

<u>Sexo:</u>	<input type="checkbox"/> Macho	<input type="checkbox"/> Fêmea	_____		
<u>Idade:</u>	<input type="checkbox"/> Dia (s)	<input type="checkbox"/> Semana (s)	<input type="checkbox"/> Mês(s)	<input type="checkbox"/> Ano(s)	
	(aproximada)				
<u>Peso:</u>	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> Kg	_____		
	(aproximado)				

5.2. Planejamento estatístico

Existe planejamento estatístico? Sim Não

<u>Caso tenha respondido sim, qual o critério usado para definir o tamanho da amostra?</u>				
A. Utilizou protocolos/guidelines de órgãos regulamentadores?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Qual?.	_____			
B. Cálculo do N amostral	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Referência utilizada.	_____			
C. Outros: (explicitar)	_____			



5.3. Grupos de estudo

Número de grupos:
Número de animais por grupo:
Número total de animais::
Especificar cada grupo:

6. CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO DO ANIMAL

Biotério onde será mantido o animal
Número de animais/gaiola
Ambiente de contenção Gaiola Baia Jaula Outro:
Dimensões (cm):
Tipo de cama Maravalha Estrado Outra:

Sala/alojamento

Controle de luz	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Controle de umidade	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Controle de ventilação	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Controle de temperatura	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

Água

Filtrada	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Clorada	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Autoclavada	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Destilada/Deionizada	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

Alimentação

Ração industrial	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Qual:
Suplemento	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Qual:
Dieta Específica:					



6. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS ANTERIORES À EUTANÁSIA

Jejum	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Duração: _____ horas
Restrição hídrica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Duração: _____ horas
Imobilização do animal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Como?

Anestesia			
Indução/tratamento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome genérico: _____
Dose (em mg/kg): _____			Via: _____
Eutanásia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome genérico: _____
Dose (em mg/kg): _____			Via: _____

Procedimento cirúrgico	
Cirurgia	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ especificar
Recuperação pós-procedimento (pós-clínica)	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Duração: _____ horas
Uso de analgésicos	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Nome genérico: _____
Dose: _____	Via: _____ expressar em mg/kg
Justificar o NÃO uso de analgésico	
Uso de antibióticos	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Nome genérico: _____
Dose: _____	Via: _____ expressar em mg/kg
Justificar o NÃO uso do antibiótico	



<u>Extração de fluidos</u>			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (is):	Volume:
		Via:	
<u>Extração de órgãos</u>			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (is): _____	
		especificar	
<u>Administração de substâncias, drogas, medicamentos, fitoterápicos, agentes infecciosos e outros</u>			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (is): _____	
		especificar	
Via: _____		Dose/frequência: _____	
especificar		especificar	

7. O EXPERIMENTO É ESPECÍFICO PARA:

Dor	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Estresse	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

Resumo do procedimento experimental e justificativa da finalidade do uso de animais no caso da execução de experimentos que envolvem dor, estresse ou anorexia:

Observação: Para qualquer um dos três itens acima envie cópia de 2 (dois) trabalhos atuais referentes a mesma metodologia empregada, preferencialmente de autores não envolvidos nesse projeto.



8. DESTINO DA CARÇAÇA

9. BREVE JUSTIFICATIVA DO PROJETO:

10. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Pesquisador Responsável ou Orientador, me responsabilizo pelas informações aqui prestadas e declaro que tenho ciência dos princípios éticos na manipulação de animais para laboratório, cujos ditames serão seguidos.

, de de 20 .

Nome e assinatura do pesquisador responsável
(docente ou pós-graduando)

CPF:

RG:

Ciente e de acordo.

Nome e assinatura do orientador(a)

CPF:

RG:



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, da Faculdade de
Medicina Nova Esperança – FAMENE e da Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN



**“COMPROVANTE DE ENTREGA DE PROTOCOLO DE ENSINO/PESQUISA AO COMITÊ DE
ÉTICA NA UTILIZAÇÃO DE ANIMAIS**

Protocolo nº _____ (uso do CEUA-FACENE/FAMENE)

Recebemos o Protocolo acima identificado, referente ao Projeto intitulado:

Para análise pela Comissão de Ética na Experimentação Anima CEUA-FACENE/FAMENE, à luz do que preconiza a Lei 11.794 e demais normas vigentes.

João Pessoa, de de 20 .

Secretário(a) do CEUA-FACENE/FAMENE