

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA COM ANIMAIS

Uso Exclusivo da Comissão

PROTOCOLO Nº: _____

RECEBIDO EM: ____/____/____

1. Título do Projeto:.....
.....
.....
.....

2. Nome do Pesquisador Responsável:
Departamento:.....Ramal: E-mail:.....

3. Colaboradores:.....
.....
.....

4. Cronograma das Atividades (Início e duração do projeto):
.....
.....
.....

5. Informações sobre o MODELO ANIMAL:

5.1 Procedência: () Biotério () Animal silvestre (anexar autorização para uso fornecida pelo IBAMA)

5.2 Descrição:

5.2.1 Espécie: () Camundongo () Rato () Cobaia
() Hamster () Coelho () Cão
() Gerbil () Outro (especificar):

5.2.2 Sexo: () Masculino () Feminino

5.2.3 Idade (aproximada):Peso (aproximado):

5.3 Existe planejamento estatístico para determinar o tamanho da(s) amostra(s)?

() Sim () Não (justifique):

5.4 Número de animais: Por grupo: Total:

5.5 Condições de Alojamento e Alimentação (ex: número de animais por "gaiola", climatização do ambiente, exaustão de ar, etc.)

6. Procedimentos Experimentais:

6.1 Envolverá intencionalmente ESTRESSE nos animais? () Sim () Não
Caso afirmativo, justifique:.....

6.2 Envolverá intencionalmente DOR nos animais? () Sim () Não
Caso afirmativo, justifique:.....

6.3 Usará DROGAS ANALGÉSICAS e/ou ANESTÉSICAS () Sim () Não
Especificar:.....

6.4 Usará IMOBILIZAÇÃO do animal? () Sim () Não
Com relaxante muscular? () Sim () Não

6.5 O animal será submetido a restrição hídrica? () Sim () Não
Por quanto tempo?.....

6.6 O animal será submetido a restrição alimentar? () Sim () Não
Por quanto tempo?.....

6.7 Usará cirurgia? especificar () Única () Múltiplas () Não
Em caso afirmativo, está previsto o uso de analgésico pós-operatório?
() Sim () Não Justifique:.....

6.8 Haverá Exposição/Inoculação/Administração? () Sim () Não
Especificar: Substância/Outro:
Dose:
Frequência:

6.9 Haverá extração de fluidos? () Sim () Não
Especificar: Substância:.....
Quantidade da amostra:
Método de coleta:

6.10 Os animais serão EUTANASIADOS? () Sim () Não
Como? () Deslocamento cervical () Decaptação () CO₂
() Perfusão sob anestesia () Dose excessiva de anestésico
() Dessangramento com anestesia () Outro (especificar):

6.11 Como serão descartados os animais/carcaças?

6.12 O animal poderá ser utilizado para outro experimento de pesquisa ou ensino?
() Sim () Não

6.13 O animal será usado para retirada de órgãos? Especificar (que órgãos, a finalidade)
() Sim () Não

6.14 O estudo envolve a implantação de células tumorais ou indução de neoplasias ou ascite?
() Sim () Não.
Em caso afirmativo, qual será o critério para a eutanásia dos animais?

7. Biossegurança:

7.1 Utiliza animal infectado?

Sim Não

7.2 Em caso afirmativo indique o nível de risco da atividade de acordo com o Manual de Biossegurança. Mario Hiroyuki Hirata e Jorge Mancini Filho.

- Risco 1 – Baixo risco individual e baixo risco para a comunidade;
- Risco 2 – Baixo risco individual e baixo risco para a comunidade;
- Risco 3 – Risco individual elevado, risco comunitário limitado;
- Risco 4 – Risco individual e comunitário elevado.

7.3 As condições de biossegurança oferecidas são compatíveis com o risco da atividade?

Sim Não

Se não, justifique:

7.4 Justificativa científica da atividade (Justificativa do modelo experimental):

.....

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu asseguro ao CEEA da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte que:

- ✓ Li os Princípios Éticos de Experimentação Animal adotados por esse comitê e concordo plenamente com suas exigências durante a pesquisa.
- ✓ Este protocolo não é desnecessariamente duplicativo, tem mérito científico e a equipe que participa desse projeto foi treinada e é competente para executar os procedimentos descritos.
- ✓ Tudo o que foi declarado neste formulário é a absoluta expressão da verdade. O não cumprimento das condições aqui especificadas é de minha total responsabilidade e arcarei com as punições previstas na legislação em vigor.
- ✓ Comprometo-me anexar o projeto de pesquisa e enviar o relatório final.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

APROVAÇÃO DO CEEA

Data da Reunião: ____/____/____

Assinatura do Presidente: _____