À

CEUA – Comissão de Ética no Uso de Animais

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Senhor Presidente:

Eu, nome do pesquisador ou orientador, nacionalidade, profissão, cédula de identidade (RG) nº 00.000.000-0, residente à endereço completo, cidade, , encaminho a V. Exa. meu relatório de atividades referente ao processo 0000.0.0000.00.0, cujo projeto se intitula “TÍTULO DO PROJETO/DA AULA“, para análise, bem como emissão de Certificado caso seja aprovado.

Declaro, ainda, que as informações aqui apresentadas são verdadeiras.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Ribeirão Preto,      .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| nome do pesquisador | nome do orientador |

**DADOS DO RELATÓRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **Título do Projeto de Pesquisa / Título da Aula (em português):** |  |
| **Pesquisador principal (orientador ou coordenador responsável)**  **Nome:**  **Número USP:** |  |
| **Colaboradores (alunos de graduação e/ou-pós-graduação)**  **Nome:**  **Função/Cargo:**  **Data de ingresso (Graduação, Pós-graduação ou função):**  **Número USP:** |  |
| **Colaboradores (demais pesquisadores)**  **Nome:**  **Função/Cargo:** |  |
| **Houve financiamento para a realização do projeto?**  Sim.  Não.  **Em caso afirmativo, qual a Agência Financiadora?**  **Número do projeto de pesquisa:** |  |

**DETALHAMENTO DO PROJETO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos?**  Sim. Em caso afirmativo, descreva brevemente os resultados obtidos, de acordo com a hipótese inicial do trabalho.  Não. Em caso negativo, justifique os resultados obtidos de acordo com a hipótese inicial do trabalho. |  |

**INFORMAÇÕES SOBRE O (S) MODELO (S) ANIMAL (IS)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **Informe sobre o modelo animal utilizado:**  **Espécie:**  **Linhagem:**  **Gênero:**  **Idade/peso aproximado:**  **Quantidade utilizada:** |  |
| **Houve alteração do número de animais inicialmente solicitado e autorizado?**  Sim. Em caso afirmativo, justifique.  Não. |  |
| **Houve alteração da espécie animal inicialmente solicitada e autorizada?**  Sim. Em caso afirmativo, justifique.  Não. |  |
| **Em se tratando de animal silvestre, houve captura de número de animais maior que o autorizado na licença SISBIO/IBAMA?**  **Sim. Em caso afirmativo:**  **Justifique:**  **Tal alteração já foi reportada ao órgão competente?**  **Não.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Houve alteração no cronograma de execução do projeto?**  Sim.  Não.  **Em caso afirmativo, descreva tal alteração, justificando-a:** |  |
| **Houve alteração dos procedimentos experimentais inicialmente descritos?**  Sim.  Não.  **Em caso afirmativo, descreva tal alteração, justificando-a:** |  |

**CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Houve alteração nas condições de alojamento e alimentação dos animais em relação ao inicialmente descrito?**  Sim.  Não.  **Em caso afirmativo, descreva tal alteração, justificando-a:** |  |

**DO PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL**

Preencha os itens abaixo, descrevendo detalhadamente as informações relacionadas a cada um dos itens, de acordo com o(s) protocolo(s) experimental(is) realizado(s). Se necessário, preencha tantas folhas quantos forem os procedimentos.

|  |
| --- |
| **Houve alteração dos procedimentos experimentais inicialmente autorizados?**  Não.  Sim – Justifique e especifique:  Quais agentes:  Tempo de exposição:       durante       . |
| **No caso da realização de tratamentos com Fármacos\*\* ou outras substâncias, houve alteração quantos aos fármacos ou os veículos utilizados?**  Não.  Sim – Justifique e especifique:  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração      Tempo de tratamento:       durante       . |

**PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS, OPERATÓRIOS E PÓS-OPERATÓRIOS**

OBS: no caso de se utilizar mais de uma espécie animal, preencher e imprimir esta folha tantas vezes quantas forem as espécies.

|  |
| --- |
| **Houve alteração nos procedimentos operatórios previamente autorizados?**  Não.  Sim – Justifique e especifique tais alterações.  . |
| **No caso de alterações dos Fármacos\*\* ou outras substâncias, houve alteração quantos aos fármacos ou dos veículos utilizados para sua diluição?**  Não.  Sim – Justifique e especifique:  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração |

**ATENÇÃO: No campo “Fármaco” deve ser preenchido o nome do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) e Denominação Comum Internacional (DCI).**