|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **FINALIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENSINO ( )  CURSO DE EXTENSÃO ( ) | | | | | GRADUAÇÃO ( )  PÓS GRADUAÇÃO ( ) | | | | | | | | | DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS ( ) | |
| 1. **PERÍODO DA ATIVIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| INICIO: | | | | | TERMINO: | | | | | | | PERIODO CURSO: | | | |
| 1. **QUALIFICAÇÃO DA ATIVIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA DO CONHECIMENTO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DISCIPLINA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| TEMA DA AULA / CURSO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| OBEJETIVO DA AULA / CURSO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA: *(Esclarecendo e fundamentando com bibliografia a impossibilidade de utilização de métodos substitutivos, bem como a existência de alternativas (tais como apresentação de vídeo, simulação computacional ou modelos) todavia não disponível para o professor. Obs: Se esse espaço não for suficiente, favor anexar a justificativa a este formulário.* | | | | |  | | | | | | | | | | |
| METODOLOGIA PROPOSTA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| RESUMO DA AULA / CURSO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| LOCAL ONDE SERÁ MINISTRADA A AULA / CURSO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE AULA / CURSO: ( ) Demonstrativa ( ) Executada pelos alunos** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RESPONSÁVEL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| NIVEL ACADÊMICO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| TREINAMENTO (ESPECIFICAR) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| TELEFONE | | | | |  | | | | | | | | | | |
| E-MAIL | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **COLABORADORES (LISTAR TODOS OS ENVOLVIDOS)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO | | | | NIVEL ACADÊMICO | | | TREINAMENTO (ESPECIFICAR) | | | | | | | E-MAIL | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 1. **DADOS DO ANIMAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPÉCIE DE ANIMAL | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICAR A ESPÉCIE A SER UTILIZADA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| QUANTIDADE DE ANIMAIS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| QUANTIDADE DE ANIMAIS POR ALUNO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| LINHAGEM |  | | | | IDADE |  | | | PESO | |  | | | | MACHO ( ) FEMEA ( ) |
| 1. **PROCEDÊNCIA DO ANIMAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIOTÉRIO ( ) | | | | | FAZENDAS, ÁVIARIOS ( ) | | | | | OUTROS ( ) especificar: | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANIMAL SILVESTRE ( ) | | | | | Nº SISBIO: | | | | | ANIMAL GENETICAMENTE MODIFICADO ( ) | | | Nº CQB: | | |
| MÉTODO DE CAPTURA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| O animal, ou parte dele será utilizado em outros procedimentos? | | | | | ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais: | | | | | | | | | | |
| 1. **CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Os animais devem ter restrição hídrica e/ou alimentos? | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | Se sim, justifique: | | | | | |
| ALIMENTAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| FONTE DE ÁGUA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| LOTAÇÃO (nº de animais/area) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| exaustão do ar | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| local onde será mantido o animal (BIOTERIO, FAZENDA, AVIARIO, ETC) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| LOCALIZAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| AMBIENTE DE ALOJAMENTO | | | | | GAIOLA ( ) JAULA ( ) BAIA ( ) OUTROS ( ) qual? | | | | | | | | | | |
| tipo de cama | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **PROCEDIMENTO AULA / CURSO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***eSTRESSE OU DOR INTENCIONAL NOS ANIMAIS*** ( ) Sim ( ) Não SE SIM, JUSTIFIQUE | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTRESSE | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOR | | | | |  | | | | | | | | | | |
| RESTRIÇÃO HIDRICA/ALIMENTAR | | | | |  | | | | | | | | | | |
| OUTROS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| ***USO DE FÁRMACOS ANESTESICOS*** ( ) Sim ( ) Não EM CASO DE NÃO USO, JUSTIFIQUE | | | | | | | | | | | | | | | |
| FÁRMACOS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE (UI OU MG/KG | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA NÃO UTILIZAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| ***USO DE RELAXANTE MUSCULAR*** ( ) Sim ( ) Não EM CASO DE NÃO USO, JUSTIFIQUE | | | | | | | | | | | | | | | |
| FÁRMACOS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE (UI OU MG/KG) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA NÃO UTILIZAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| ***USO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS*** ( ) Sim ( ) Não EM CASO DE NÃO USO, JUSTIFIQUE | | | | | | | | | | | | | | | |
| FÁRMACOS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE (UI OU MG/KG) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| FREQUENCIA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA NÃO UTILIZAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL** | | | | | ( ) Sim ( ) Não  iNDIQUE O TIPO, CASO POSITIVO: | | | | | | | | | | |
| **CONDIÇOES ALIMENTARES** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **jEJUM**  ( ) Sim ( ) Não | | | | | dURAÇÃO EM HORAS: | | | | | | | | | | |
| **RESTRIÇÃO HIDRICA**  ( ) Sim ( ) Não | | | | | dURAÇÃO EM HORAS: | | | | | | | | | | |
| **CIRURGIA** ( ) Sim ( ) Não | | | | | eSPECIFIQUE: | | | | | | | | | | |
| **DESCREVA O PÓS OPERÁTÓRIO:** | | | | | ***rESPONSAVEL TÉCNICO***  nOME COMPLETO:  NIVEL ACADEMICO:  TELEFONE:  EMAIL: | | | | | | | | | | |
| **OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO**  ( ) Sim ( ) Não | | | | | PERIODO DE OBSERVAÇÃO EM HORAS: | | | | | | | | | | |
| **USO DE ANALGESIA** | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| FÁRMACOS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE (UI OU MG/KG) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| FREQUENCIA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA NÃO UTILIZAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **EXPOSIÇÃO / INOCULAÇÃO / ADMINISTRAÇÃO** | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| FÁRMACOS | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE (UI OU MG/KG) | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| FREQUENCIA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **EXTRAÇÃO DE MATÉRIAIS BIOLÓGICOS** | | | | | ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| MATERIAL BIOLÓGICO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| DOSE | | | | |  | | | | | | | | | | |
| VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | | | |  | | | | | | | | | | |
| FREQUENCIA | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **ORIGEM E TRANSPORTE DOS ANIMAIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origem do animal: ( ) Biotério PUCPR ( ) Outros | | | | | | | | | | Qual? | | | | | |
| Transporte: ( ) Responsabilidade Biotério  ( ) Outros | | | | | | | | | | Qual? | | | | | |
| 1. **HABITUAÇÃO (APREENSÃO)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Seguirei as normas da Instituição ( ) Não seguirei as normas (Justificar): | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DESTINO DOS ANIMAIS PÓS AULA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Retorno ao Biotério ( ) Eutanásia. Método: ( ) Outros, qual: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **FORMA DE DESCARTE DA CARCAÇA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **METODO DE EUTANÁSIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| dESCRIÇÃO | |  | | | | | | | | | | | | | |
| SUBSTÂNCIA | |  | | | | | | | | | | | | | |
| DOSE | |  | | | | | | | | | | | | | |
| VIA | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PROCEDIMENTO E CRONOGRAMA**   *Descrição detalhada de cada etapa dos procedimentos realizados em aula com respectiva data de realização* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data** | | | **Assinatura Professor** | | | | | **Assinatura Coordenador** | | | | | | **Assinatura Decano** | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | |