**FORMULARIO DE INFORME PARA LA EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOSQUE INVOLUCREN EL USO DE ANIMALES DE LABORATORIO**

|  |
| --- |
| Para llenar por integrantes del CICUAL |
| Protocolo Nº Expediente Nº |
| Fecha de ingreso: |

**El presente formulario reviste el carácter de DECLARACION JURADA, y debe ser presentado según Normativa (Ver Anexo I) a través de Nota de Solicitud de Evaluación de Procedimientos que involucren el uso de animales por CICUAL-MedUNNE, dirigida a Decanato.**

**Los datos presentados son de carácter confidencial.**

**DATOS SOBRE PROYECTOS Y PERSONAL RESPONSABLE DE PROCEDIMIENTOS CON ANIMALES DE EXPERIMENTACION**

1. **Denominación del Proyecto** *(Mencionar entidad acreditadora con código identificatorio de proyecto. En caso de planes de posgrado o becas indicar institución y Nº de Resolución)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Investigador responsable y/o Director del Proyecto**

Nombre y apellido:

Teléfono

e-mail:

Lugar de trabajo: FACULTAD DE MEDICINA UNNE*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. **Área, departamento, laboratorio o Instituto donde se desarrollarán los procedimientos con animales de experimentación**
2. **Denominación del / los procedimiento/s a implementarse:**
3. **Naturaleza del trabajo** (marque las opciones correctas con X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docencia | Capacitación ( ) | Posgrado ( ) |
| Investigación | Proyecto nuevo ( ) | Proyecto en curso ( ) |
|  | Plan de beca pregrado ( ) | Plan de beca posgrado ( ) |
|  | Tesis doctoral /maestría ( ) |  |
| Servicios / Transferencia ( ) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | Procedimiento que llevará a cabo | Cargo/Función | Categoría\* | Firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Integrantes que participan de lo/s procedimiento/s que involucran manejo de animales:** (*agregue las filas que sean necesarias*)

\*Categoría según Reglamento CICUAL-MedUNNE (ver Anexo III). El investigador responsable deberá ser Categoría C o mayor.

1. **Nombre y apellido del veterinario responsable del cuidado y bienestar de los animales durante el proyecto.**
2. **Objetivos generales y específicos del proyecto**
3. **Justificación del uso de animales en el proyecto** (*Justificar con bibliografía el motivo de la no utilización de un método alternativo, puede basarse en tratamientos previos de su grupo, publicaciones,etc).*

**DATOS SOBRE ANIMALES SOLICITADOS y PROCEDIMIENTOS A IMPLEMENTAR**

1. **Modelo a implementar** *(Indique con X):*

In vivo ( ) In vitro/ Ex vivo: ( )

1. **Animales requeridos:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Especie | Cepa | Edad | Sexo | Nº y frecuencia de uso estimada (semanal/ mensual/otra) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Espacio físico donde se llevará acabo cada procedimiento:**
2. **Procedimiento/s**
   1. Tipo de procedimiento (*Indique con X*):

TERMINAL ( ) CRÓNICO ( ) AGUDO ( )

* 1. Marque con X en la primera columna el/los tipo/s de procedimiento/s experimental/es que se llevará/n a cabo con los animales; en la segunda coloque el orden temporal de los procedimientos (*primero, segundo, tercero, etc*) si correspondiera:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de procedimiento/s | Orden secuencial |
| Etológico (Comportamental) |  |
| Farmacológico |  |
| Quirúrgico |  |
| Nutricional |  |
| Infeccioso |  |
| Otro (especifique) |  |

* 1. Indicar si realizará maniobras invasivas. (*Marque con X*):

SI ( ) NO ( )

* 1. Categoría de invasividad y de molestias o dolor del procedimiento según **Anexo II.** (*Marque lo que corresponda*):

A ( ) B ( ) C ( ) D ( )

|  |  |
| --- | --- |
| A | Con nulo estrés o molestia |
| B | Mínimo estrés o dolor de corta duración |
| C | Moderado a severo dolor o malestar |
| D | Con dolor severoo al límite de tolerancia |

1. **Diseño experimental**: Detallar exhaustivamente anexando las hojas que considere necesarias:

* **Grupos de experimentación:**

* **Cantidad de animales por grupo**
* **Tipo de diseño**:
* **Análisis estadístico a implementar**
* **Tipo de inmovilización utilizada** (*física, química, método, duración*),
* **Procedimientos** (*tipo, duración, frecuencia, efectos clínicos esperados*): **no invasivos**, **invasivos**, **privaciones**
* **Administración de agentes químicos y/o biológicos** (*agente, dosis, vía de administración, frecuencia, efectos clínicos esperados*)
* **Manejo post-operatorio y otra/s maniobra/s** que no están comprendidas en los ítems anteriores y considere importante aclarar.
* **Modo de seguimiento** con evaluación del dolor/distress y modo de paliarlos. (*En caso de medidas farmacológicas indicar dosis, vías y frecuencias de administración*)

**El CICUAL-MedUNNE podrá solicitar copia del proyecto en caso de considerarlo necesario**

1. **Punto final humanitario** (*Consultar Anexo II*)

Eutanasia: SI ( ) NO ( )

Si su respuesta fue afirmativa, indique el método.

1. **Indique si los procedimientos involucran riesgos potenciales para el personal afectado, terceros o el medio ambiente**.

SI ( ) NO ( )

En caso afirmativo, especifique con X el tipo de riesgo:

QUÍMICO ( ) BIOLÓGICO ( ) CANCERÍGENO ( ) OTROS ( )

En caso de indicar otros, detalle el riesgo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Otra información** que considere relevante para ser evaluada por el CICUAL-MedUNNE

**Declaro** que cualquier modificación realizada al presente protocolo de procedimientos será remitida al CICUAL-MedUNNE para su revisión.

**Declaro** que toda la información anterior es fidedigna, de acuerdo a mi mejor conocimiento, comprometiéndome a cumplir y hacer cumplir lo propuesto en este formulario. Adicionalmente, aseguro haber leído los principios de la “International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals” redactados por el Council forInternational Organizations of Medical Sciences (CIOMS) y el International Council forLaboratory Animal Science (ICLAS), Ginebra 2012.

Firma del Director del Proyecto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Para uso exclusivo del CICUAL-MedUNNE |
| Protocolo Nº Expediente Nº |
| Aprobado para su realización:  SI ( ) NO ( ) |
| Remitir para su corrección:  SI ( ) NO ( ) |
| Comentarios: |
| Firmas integrantes del CICUAL-MedUNNE |
| Fecha: |

**Aclaraciones**

* Los procedimientos aprobados tendrán una validez de 4 (cuatro) años desde la fecha de la resolución respectiva.
* Se solicita para futuros proyectos con reiteración de procedimientos previamente aprobados por el CICUAL-Med UNNE, se consigne el número y año de resolución de la primera aprobación.