



ANEXO II

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA / PROJETO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (MUTIRÕES) COM A FINALIDADE DE MANEJO POPULACIONAL DE CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE/MG

Link para preenchimento

<https://crmvmg.gov.br/ARQUIVOS/ascom/ANEXO-II.PDF>

**TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
NECESSÁRIA A RUBRICA DO MÉDICO-VETERINÁRIO RESPONSÁVEL TÉCNICO
EM TODAS AS FOLHAS DESTE ANEXO**

USO EXCLUSIVO DO
CRMV-MG
PROTOCOLO No

RECEBIDO EM:
____/____/____

Documentos exigidos a serem entregues juntamente com este protocolo:

1- () Cópia da carteira do CRMV-MG do(s) Médico(s) Veterinário(s) Responsável(is) pela ação, cirurgia e anestesia;

2- () Cópia da ART averbada para o programa de controle populacional (para registro da Instituição e Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), as instruções e os formulários encontram-se no link:

<http://www.crmvmg.org.br/novoportal/Institucional/detalheInscricaoPJ.aspx>

3- () Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária referente ao local/veículo onde serão realizadas as cirurgias de castração;

4- () Cópia de um modelo de TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO E ANESTÉSICO a ser assinado pelo tutor ou responsável pelo animal;



- 5- () Cópia do material de EDUCAÇÃO CONTINUADA que será apresentado/divulgado entre os tutores contemplando posse responsável, vacinação, etc;
- 6- () Cópia do(s) documento do(s) veículo(s) utilizado como UMEES emitido pelo DETRAN;
- 7- () Cópia da ART e Alvará da Vigilância Sanitária referente a clínica de apoio/referência no(s) município(s) de realização das castrações (quando for o caso);
- 8- () Cópia do CNPJ e de ata, contrato/termo de acordo com a instituição (OSC, Instituição de ensino, Prefeitura, Consórcio ou Associação de Municípios) envolvida no programa;
- 9- () Cópia do Parecer de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA) da instituição, quando o programa de castração também prever fins didáticos;
- 10- () Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS;
- 11- () Cópia da página/folha de abertura Livro de drogas controladas utilizado para o programa com carimbo/protocolo de abertura pela VISA
- 12- Termo de compromisso de permanência da UMEES e lista de municípios e datas nos quais esta permanecerá por mais 48 horas pós-castrações por motivo de ausência de clínica veterinária credenciada de apoio no município (documento criado e assinado pelo RT)

Orientações:

- ✓ Obrigatoriamente, este pedido deve ser protocolado no CRMV 60 dias antes do início da realização da ação de castração;
- ✓ O pedido deve estar embasado nas Resoluções do CFMV, com especial atenção às Resoluções CFMV nº 962 de 2010, 1275 de 2019 e CRMV-MG 367 de 2019 (as Resoluções estão disponíveis no site do CRMV-MG, aba Legislação).

Este protocolo deve ser preenchido em consonância com o atendimento da Resolução CRMV-MG nº367, 26 de agosto de 2019, do CRMV-MG, que normatiza os procedimentos de contracepção de cães e gatos em ações pontuais e Programas/Projetos de esterilização cirúrgica com a finalidade de controle populacional (<https://portal.crmvmg.gov.br/Home/Normas>).

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO;

NECESSÁRIA A RUBRICA DO MÉDICO-VETERINÁRIO RESPONSÁVEL TÉCNICO EM TODAS AS FOLHAS DESTE ANEXO. INCLUIR FOTOS DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.



Entidade promotora responsável (OSC, Instituição de ensino, Prefeitura, Consórcio ou Associação de Municípios):

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

CEP: **Cidade:**

Telefones: (.....) (.....)

E-mail:

Número de registro no CRMV-MG (caso tenha).....

Responsável Técnica da pessoa jurídica.....

Outras entidades ou estabelecimentos envolvidos (Organização da Sociedade Civil e/ou Clínica Veterinária de apoio):

Razão Social:

CNPJ: **Telefone:**

Razão Social:

CNPJ: **Telefone:**

Razão Social:

CNPJ: **Telefone:**

1 - Identificação do documento comprobatório da parceria com OSC ou faculdade de medicina veterinária ou órgão público (Anexar documento e a ART, em casos do estabelecimento médico veterinário privado e faculdade de medicina veterinária):

.....
.....
.....
.....



5 - Sistema de triagem

5.1 – Tutor e/ou responsável (Descrever como são selecionados os tutores e responsáveis pelos animais baseado em critérios socioeconômicos, cenário epidemiológico, incluindo protetores independentes e OSCs):

.....
.....
.....

5.2- Animais (Descrever a triagem dos animais que serão submetidos às cirurgias, detalhando critérios de inclusão e exclusão e risco cirúrgico, quando houver. Incluir também se os animais serão de OSC, de situação de rua ou de tutores):

.....
.....
.....
.....
.....

6 -Transporte dos animais (Descrever como será o transporte dos animais realizados pela entidade promotora – se tiver carro de apoio incluir documento do DETRAN e foto do veículo que contemple a placa - e como será a orientação aos tutores para esse procedimento, de acordo com o o art. 12 da Res. CRMV-MG n° 367/2019):

.....
.....
.....
.....

7 - Ambiente para recepção dos responsáveis e seus animais: (Descrever o local para preenchimento de documentos, acomodação de espera para as pessoas e animais até a liberação dos animais do pós-operatório, sanitários para público e executores, etc., de acordo com o art. 8 da Res. CRMV-MG n° 367/2019):

.....
.....



.....
8- Sala para pré-operatório com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

8.1. Balança veterinária própria para pesagem dos animais

sim não

8.2. Suportes para soluções de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas

sim não

8.3. Cilindro de oxigênio

sim não

8.4. Ambu

sim não

8.5. Material para segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos

sim não

8.6. Medicação pré-anestésica

Sim Não

Descrever o protocolo que será usado com nome dos fármacos, dose e via de administração de cada fármaco em cada espécie, incluindo jejum, antecedência):

.....
.....
.....

8.7. Dispositivo fechado com chave para acondicionamento de medicamentos controlados

sim não

Listar os medicamentos utilizados, inclusive medicamentos de emergência:

.....
.....



.....
.....
.....
.....

9 - Sala para antissepsia e paramentação, com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

9.1. Lavabo com torneira adequados () sim () não

9.2. Dispositivo dispensador de detergente e desinfetante

() sim () não

10 - Sala para trans-operatório, com as condições mínimas de funcionamento previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

10.1. Suportes para soluções de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas

() sim () não

10.2. Cilindro de oxigênio

() sim () não

10.3. Ambu

() sim () não

10.4. Foco cirúrgico

() sim () não

10.5. Mesa de inox

() sim () não

10.6. Instrumental cirúrgico

() sim () não

10.7. Material para segregação, acondicionamento e descarte dos resíduos

() sim () não



10.8. Dispositivo fechado com chave para acondicionamento de medicamentos

controlados

sim não

Descrever o protocolo anestésico que será usado com nome dos fármacos, dose e via de administração de cada fármaco em cada espécie. Listar os medicamentos utilizados, inclusive medicamentos de emergência:

.....
.....
.....
.....
.....

11 - Sala para pós-operatório, com as condições mínimas de funcionamento, previsto em Resolução específica (Res. CFMV 1275/2019 ou Resolução substituta), contendo os seguintes equipamentos e materiais:

11.1. Sistemas de aquecimento (colchões térmicos e/ou aquecedores, cobertores, etc.)

sim não

11.2. Suportes para soluções de fluidoterapia ou local para fixação das mesmas

sim não

11.3. Descrever o(s) procedimentos pós-operatórios por espécie que serão usados com nome, dose e via de administração de cada fármaco (incluir medicamentos utilizados ou receitados):

.....
.....
.....

11.4. Observação da recuperação

Sim Não

Período de observação (em horas): _____

Descrever metodologia de observação de recuperação:

.....
.....
.....



.....
.....
11.5. Condições de manutenção do animal no local (quando houver)

Descrever sobre a dieta, regime alimentar e hídrico, local do alojamento e as demais condições que forem particulares à espécie:

.....
.....
.....
.....
.....

11.6 Descrever as orientação sobre os cuidados pós-operatórios que serão passadas para os responsáveis e tutores dos animais:

.....
.....
.....
.....
.....

12 - Sala para lavagem e esterilização de materiais, contendo os seguintes equipamentos e materiais (caso seja realizada a esterilização dos materiais em outro local – clínica ou prefeitura, por exemplo, ou terceirizado – descrever o local ou incluir contrato):

12.1. Equipamento para lavagem

sim não

12.2. Autoclave

sim não

12.3. "Kits" previamente esterilizados (anexar foto do kit com descrição do número de cada

item. Marcar um X nos itens presentes nos kits abaixo detalhados)

sim não Quantos?

KIT INDIVIDUAL DE CASTRAÇÃO PARA FÊMEAS

1 Porta agulha;

3 Pinças hemostáticas curvas;



- () 2 Pinças hemostáticas retas;
- () 2 Pinças Backaus;
- () 1 Tesoura cirúrgica romba-fina
- () 1 Pinça anatômica dente de rato;
- () 1 Pinça anatômica sem dente
- () 1 Gancho de castração (Snook) 1 cabo de bisturi (número a escolha do cirurgião) e lâminas descartáveis.

KIT INDIVIDUAL DE CASTRAÇÃO PARA MACHO

- () 1 Porta agulha;
- () 1 Pinça hemostática curva;
- () 1 Pinça hemostática reta;
- () 1 Tesoura cirúrgica romba-fina;
- () 1 pinça anatômica sem dente;
- () 2 Pinças Backaus;
- () 1 cabo de bisturi (número a escolha do cirurgião) e lâmina descartável

13. Equipe de trabalho:

13.1. Coordenador da Ação (Responsável Técnico pelo projeto)

Nome completo.....

Endereço.....

CRMV-MG.....

Local de trabalho.....

Telefone/E-mail.....

13.2. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s) veterinário(s) responsável(is) pelo pré-operatório e anestesia:

Nome:.....CRMV-MG.....

Nome:.....CRMV-MG.....



13.3. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s)-veterinário(s) responsável(is) pela cirurgia:

Nome:.....CRMV-MG.....

Nome:.....CRMV-MG.....

13.4. Nome completo e número do CRMV-MG do(s) médico(s) veterinário(s) responsável(is) pelo pós-operatório:

Nome:.....CRMV-MG.....

Nome:.....CRMV-MG.....

13.5. Número de auxiliares e atribuição de cada um, se possível com o nome e o CPF (Auxiliar geral, secretário, auxiliar de médico veterinário, motorista, etc):

Nome:.....CPF.....

Nome:.....CPF.....

Nome:.....CPF.....

Nome:.....CPF.....

14. Identificação dos animais (descrever como os animais serão identificados, microchip, tatuagem, fotos, etc.):

.....
.....
.....
.....

15. Registro dos animais: Além da Ficha Clínica habitual dos animais (prontuário), deve-se preencher os ANEXOS IV, V e VI. Informar qual o método de Registro dos animais (sequência numérica, identificação por microchipagem, etc). O Médico-Veterinário Responsável Técnico deverá numerar e rubricar todas as folhas utilizadas dos Anexos IV, V e VI.

.....
.....
.....
.....



16. Nome e número de registro no CRMV-MG do estabelecimento médico veterinário determinado para encaminhamento de ocorrências de urgência e/ou emergência, salvo os casos em que a unidade móvel atenderá as intercorrências e permanecerá no local por 48 horas pós cirurgias (deve ser anexado documento que comprove a relação entre o estabelecimento e o projeto):

Razão Social:

.....

CNPJ:.....CRMV-.....

Endereço:

CEP: Cidade:.....

Telefones: (.....)(.....).....

E-mail:.....

Nome e nº do CRMV-MG do Responsável Técnico pelo estabelecimento (deverá ser apresentada a ART com validade em dia):

.....

.....

.....

() unidade móvel permanece no local por 48 horas

17. Riscos aos envolvidos na ação e as formas de preveni-los (descrever sobre uso de EPI, vacinação, capacitação da equipe de trabalho)

18. Outras informações relevantes

.....

.....

.....

19.PREENCHER ANEXO V COM INFORMAÇÕES SOBRE ÓBITOS E

INTERCORRÊNCIAS

O Médico-Veterinário Responsável Técnico deverá rubricar todas as folhas utilizadas nos Anexos II, IV, V e VI.



Declaro, para os devidos fins, que:

- a) Zelarei, cumprirei e farei cumprir as exigências da legislação vigente, com especial atenção às Resoluções do CFMV e CRMV-MG;**
- b) As informações acima são absolutamente verdadeiras e comprometo-me, quando solicitado, a complementá-las com dados e documentos comprobatórios;**
- c) Encaminharei, no prazo de 60 dias após o evento, Relatório final.**

Assinatura, nº CRMV-MG e Carimbo do Méd. Vet. Responsável Técnico da Entidade

Promotora

Local: Data:/...../.....