**实验动物福利伦理审查表**

 此处供IACUC使用：

 AP#

 批准日期

 终止日期

1. 请将填写后的电子版审查表发送至IACUC秘书宋明彤的工作邮箱（songmingtong@cibr.ac.cn）。
2. IACUC秘书将进行格式审查，假如符合要求，将递交给IACUC委员会进行内容审查，不符合要求则退回重新提交。IACUC秘书将收集修改意见反馈给申请者。全部审阅过程至少需要2个月。
3. 研究计划被批准后，PI签字后正式生效。请递交一式两份纸质版到实验动物中心地下室1B026房间（临时）订购动物。
4. **管理信息： **

|  |
| --- |
| Protocol中文标题： |
| Title in English: |
| PI：  | PI办公室电话： |
| PI E-mail： |
| 实验室地址： |

列出在本计划中所有动物实验操作人员：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名**  | **动物上岗证号**  | **手机号码** | **E-mail** | **在此申请中的职责** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：职责可为课题设计、主要操作、辅助操作、手术操作、小鼠管理等

1. **实验研究的目的：**

以一般非生物医学背景人员为对象，简述研究目的，以及对人类或动物的健康与解决的科学问题。一般只需要以非科学术语描述做什么以及做这个实验的必要性。

|  |
| --- |
|  |

1. **危险试剂或感染性试剂：**

****

****

**危险试剂包括下列几个范畴：**

  

  

**1.**请详细描述具体的试剂名称、拟使用剂量，以及给药或使用方式：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **剂量** | **给药途径** | **给药频率** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2. 请详细描述对人或动物的潜在毒性、并简述安全操作和处理受污染动物及材料的方法及程序：

|  |
| --- |
|  |

1. **需求动物信息：**

|  |
| --- |
| 动物种类： |
| 动物品系： |
| 性别： |
| 年龄（日/周龄）或（和）体重（克）： |
| 使用动物数量（只），按种类及年度填写： |
| 年度 | 第一年 | 第二年 | 第三年 |
| 种类 |  |  |  |
| 数量 |  |  |  |
| 笼位需求数量 （） | 动物房间：  |
| 动物来源： |
| 实验室预约：             |
| 实验动物运输方式： |
| 其他需说明事项： |

1. **疼痛（Pain）或紧迫（Distress）反应的级别评价及预防与减轻**：

1. 疼痛或紧迫反应的级别评价（参考美国农业部（USDA）分类标准）







1. 是否有采取预防与减轻疼痛或紧迫反应的措施：** **

假如是，请说明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻醉剂名称 | 剂量 | 给药途径 | 给药频率 |
|  |  |  |  |

D类疼痛需要选择镇痛剂来避免动物手术操作过程中的痛苦：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 镇痛剂名称 | 剂量 | 给药途径 | 给药频率 |
|  |  |  |  |

是否有更好的避免疼痛或紧迫操作的方法：** **

假如是，请说明：

|  |
| --- |
|  |

1. **是否存在禁食、禁水（手术前的禁食除外）  **

假如是，请说明禁食、禁水的时间长度：

|  |
| --- |
|  |

1. **是否使用特殊饲料：  **

假如是，请告知饲料生产厂家的名称、饲料灭菌处理方法，饲料到货前是否提供灭菌证明，若提供不了，如何保证饲料的安全。

|  |
| --- |
|  |

1. **是否存在单笼饲养：  **

假如是，请说明单笼饲养必要性及动物环境丰富化策略，若无环境丰富化策略，如何满足动物的社会性需求。

|  |
| --- |
|  |

1. **是否需要在非开放时间段（20：00——8：00）进入动物屏障： **

假如是，请说明原因。

|  |
| --- |
|  |

1. **实验设计和动物实验操作步骤：**

|  |
| --- |
| 1. 课题设计背景及您查阅文献的结果
2. 动物实验必要性，是否可用非动物实验进行替代
3. 动物种类的选择、动物模型的科学性
4. 从科学角度和统计学意义方面说明申请动物数量的科学性和合理性
5. 动物实验步骤（涉及手术部分，请K中详细说明）

 （注：①请明确每只动物是如何使用的，动物使用总量应与**D.使用动物数量**相符；②涉及到药品请写明给药方式、药品名称、使用浓度、剂量和频次）1. 实验动物安乐死的标准（请阅后认真执行）：

**a) 动物已经濒临死亡或者不能活动，或者给予温柔刺激后都没有反应****b) 呼吸困难：典型的症状是口鼻流涎和（或）发绀****c) 腹泻或小便失禁****d) 体重减少了实验前体重的 20%****e) 无力摄食或饮水****f) 动物出现明显焦虑、烦躁不安或肿瘤重量超过了动物自身体重的10%，相当于25g小鼠的皮下肿瘤最大直径不能超过15mm，250g大鼠不能超过25mm及肿瘤破溃的情况都应该安乐死实验动物。**7．参考文献 |

1. **是否存在存活或非存活性手术： **

 **假如是，请填写以下两项内容：**

1. 手术执行地点和手术操作者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 楼层 | 房间号 | 手术者 | 手术后照料者 |
|  |  |  |  |

1. 详细描述整个手术相关内容

|  |
| --- |
|  |

1. **实验结束后安乐死的方法或其它处置方法：**

请描述本计划中动物安乐死方法及因意外损伤或其他紧急状态下实施安乐死的处置方法。如使用化学试剂,请说明剂量及给药方法。

   

\*不推荐采用颈椎脱臼安乐死，假如必须采用，请说明科学必要性。

|  |
| --- |
|  |

\*\*请说明麻醉剂名称，使用剂量、频率以及给药途径：

|  |
| --- |
|  |

\*\*\*请详细说明如下：

|  |
| --- |
|  |

1. **研究特殊要求或需求： **

**假如是，请选择填写以下内容：**

1. 因实验需求，需要将实验室自己的仪器转入屏障内，请详细描述仪器名称、放入哪个房间、使用起止日期等。

|  |
| --- |
|  |

1. 若由于特殊实验设备（或其他因素）而需要带实验动物活体出入实验动物中心，请详细说明原因。

|  |
| --- |
|  |

3.请列出所需特殊专用笼具，及特殊动物照料（如需要特殊饲料及笼具）。

|  |
| --- |
|  |

1. **实验室负责人（PI）的担保书：**
2. 我保证在此处提出的研究方案不是毫无意义的重复或已被报道过的研究。
3. 我保证A栏所列有权进行实验的人员已经经过北京市实验动物管理办公室的培训，并取得上岗证，且接受了生物学、操作、动物护理方面的训练及必要的无菌手术方法和技术。
4. 我保证A栏所列有资质进行实验的人员将力求限制动物使用或将不良应激减少到最小，合理使用镇痛药、镇定剂和麻醉剂。对于本计划E栏中涉及到的USDA-D类和USDA-E类疼痛级别的动物的实验方案，本人确信已查阅相关科学文献及数据，虽然该方法会引起一定的疼痛或紧张，没有发现可以替代的方法。本人确信将任何影响动物的非预期的实验结果告知IACUC。任何未预期的疼痛和紧张、疾病和死亡都会向主治兽医和IACUC报告。
5. 假如动物出现临床症状，并安乐死的标准时，我保证接受动物中心的兽医的安排，及时的安乐死动物。
6. 我保证遵守北京脑科学与类脑研究中心实验动物管理委员会和北京脑科学与类脑研究中心实验动物福利伦理委员会制定的各项规章制度，且熟知并遵守国家相关方面的法规法令。

**实验室负责人（PI）签名： 日期：**

1. **兽医审查意见：**

**□批准 □不批准 □建议改进**

**主治兽医签名： 日期：**

1. **实验动物福利伦理委员会主席批准并签名：**

**□批准 □不批准 □建议改进**

**主席签名： 日期：**

|  |
| --- |
|  |

**附：实验动物福利伦理委员会修改意见**