|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **COMUNICAÇÃO DE COLETA E/OU TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES -TE** | | | | | | Nº |
| DATA |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE** | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | Código: | |
| Município: | | | | | | | UF: | |
| **IDENTIFICAR COM (x) O TIPO DE TRANSFERÊNCIA REALIZADA** | | | | | | | | |
| ( ) Coleta com Implante Total  ( ) Coleta com Implante e Congelamento | | | ( ) Coleta com Congelamento Total  ( ) Descongelamento e Implante | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DA DOADORA E DO REPRODUTOR** | | | | | | | | |
| Nome da Doadora: | | | | | | Nº do Registro: | | |
| Nome do Reprodutor: | | | | | | Nº do Registro: | | |
| **IDENTIFICAR COM (X) O TIPO DE COBERTURA E ORIGEM DOS EMBRIÕES** | | | | | | | | |
| **TIPO DE COBERTURA** | **ORIGEM DOS EMBRIÕES** | | | | | | | |
| ( ) Monta Natural  ( ) Inseminação Artificial | ( ) Produção Própria (nacional)  ( ) Embrião Adquirido (nacional) | | | | | ( ) Embrião Importado | | |
| **DE ACORDO COM O TIPO DE TRANSFERÊNCIA REALIZADA, INFORMAR OS SEGUINTES DADOS:** | | | | | | | | |
| **COLETA COM**  **IMPLANTE TOTAL** | **COLETA COM IMPLANTE E CONGELAMENTO** | | | **COLETA COM CONGELAMENTO TOTAL** | | | **DESCONGELAMENTO E IMPLANTE** | |
| Data da Cobertura | Data de Cobertura | | | Data de Cobertura | | | Data da Coleta | |
| Data do Implante | Data do Implante | | | Data do Congelamento | | |
| Total de Embriões Coletados | Data do Congelamento | | | Total de Embriões Coletados | | | Nº Relatório de Origem | |
| Total de Embriões Viáveis | Total de Embriões Coletados | | | Total de Embriões Viáveis | | | Data do Implante | |
| Total de Embriões Subdivididos | Total de Embriões Viáveis | | | Total de Embriões Subdivididos | | |
| Total de Embriões Disponíveis | Total de Embriões Subdivididos | | | Total de Embriões Disponíveis | | |
| Total de Embriões Implantados | Total de Embriões Disponíveis | | | Total de Embriões Congelados | | | Total de Embriões Implantados | |
|  | Total de Embriões Implantados | | |  | | |
|  | Total de Embriões Congelados | | |  | | |
| **QUANTIFICAR E IDENTIFICAR AS RECPETORAS** | | | | | | | | |
| **TOTAL RECEPTORAS** | **IDENTIFICAÇÃO DAS RECPETORAS (NOME OU Nº DO BRINCO):** | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| **ORIENTAÇÕES** | | | | | | | | |
| 1. Todos os animais envolvidos no processo de transferência de embriões, excetuando-se as receptoras, devem ter o tipo sanguíneo determinado previamente, antes de iniciar os trabalhos; 2. O uso simultâneo de mais de um reprodutor numa mesma doadora deve ser aprovado, previamente pelo LABORATÓRIO e S.R.G da ABCBRH; 3. Este relatório deve ser enviado à ABCBRH até o 20º dia do mês seguinte ao da T.E. | | | | | | | | |
| **COMPROMISSO DO MÉDICO VETRINÁRIO** | | | | | | | | |
| Declaro que executei o trabalho de T.E. acima indicado e assumo como verdadeira as informações acima discriminadas. | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | | Nº CRMV | |
| Assinatura: | | | Local e Data: | | | | | |