|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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: |