



Nº

DATA:

**RELATÓRIO DE COLETA E TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES (TE)****1- IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:**

Nome:	Código:
Município:	UF:

**2- IDENTIFICAÇÃO DA DOADORA E DO REPRODUTOR:**

Nome da Doadora:	Nº Registro:
Nome do Reprodutor:	Nº Registro:

**3- IDENTIFIQUE COM (X) O TIPO DE COBERTURA E ORIGEM DOS EMBRIÕES:**

Tipo de Cobertura		Origem dos Embriões:	
<input type="checkbox"/> Monta Natural	<input type="checkbox"/> Produção Própria (Nacional)	<input type="checkbox"/> Embrião Adquirido (Importado)	
<input type="checkbox"/> Inseminação Artificial	<input type="checkbox"/> Embrião Adquirido (Nacional)		

**4- IDENTIFIQUE COM (X) O TIPO DE COLETA E/OU TRANSFERÊNCIA REALIZADA:**

<input type="checkbox"/> Coleta com Implante Total	<input type="checkbox"/> Coleta com Congelamento Total
<input type="checkbox"/> Coleta com Implante Parcial e Congelamento	<input type="checkbox"/> Descongelamento e Implante

**5- DE ACORDO COM O TIPO DE COLETA REALIZADA, INFORMAR OS SEGUINTE DADOS:**

Coleta Com Implante Total	Coleta com Implante Parcial e Congelamento	Coleta com Congelamento Total	Descongelamento e Implante
Data da Cobertura:	Data da Cobertura:	Data da Cobertura:	Nº Relatório da Coleta e Congelamento:
Data do Implante:	Data do Implante:	Data do Congelamento:	Data da Coleta:
Total de Embriões Coletados:	Total de Embriões Coletados:	Total de Embriões Coletados:	
Total de Embriões Viáveis:	Total de Embriões Viáveis:	Total de Embriões Viáveis:	Data do Implante:
Total de Embriões Subdivididos:	Total de Embriões Subdivididos:	Total de Embriões Subdivididos:	
Total de Embriões Disponíveis:	Total de Embriões Disponíveis:	Total de Embriões Disponíveis:	Total de Embriões Implantados:
Total de Embriões Implantados:	Total de Embriões Congelados:	Total de Embriões Congelados:	
	Total de Embriões Congelados:		

**6- QUANTIFICAR E IDENTIFICAR AS RECEPTORAS:**

Total de Receptoras	Identificação das Receptoras (nome ou nº de brinco)
---------------------	---

**É DE SUMA IMPORTÂNCIA A COLETA PRÉVIA DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA EXAME DE DNA DAS DOADORAS AFIM DE EVITAR FUTUROS TRANSTORNOS.**

**7- COMPROMISSO DO MÉDICO VETERINÁRIO:**

Declaro que executei o trabalho de Transferência de Embrião (T.E.) acima indicado e assumo como verdadeira as informações discriminadas neste relatório.

Nome Completo:	Nº CRMV:
----------------	----------

Assinatura:	Local e data:
-------------	---------------