



Associação dos Criadores de Gado Holandês de Minas Gerais

COMUNICAÇÃO DE COLETA E/OU FERTILIZAÇÃO IN VITRO - FIV

Número

Criador: _____

Fazenda: _____

Município: _____ UF: _____

	Nome da(s) Doadora(s)		Nome do(s) Doador(es)		Qtde de Oócitos Viáveis	Qtde de Embríões Viáveis	Qtde de Embríões Implantados	Qtde de Embríões Congelados	Data da Coleta dos Oócitos
	Nome	Registro	Nome	Registro					
1									
2									
3									
4									
5									Data do Implante
6									
7									
8									
9									
10									

Acasalamentos não identificados

SIM Acasalamentos identificados (preenchimento da coluna AC (acasalamento) obrigatório)

AC	Receptora(s) número(s)	Data	AC	Receptora(s) número(s)	Data	AC	Receptora(s) número(s)	Data	AC	Receptora(s) número(s)	Data
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /
		/ /			/ /			/ /			/ /

Orientações

- 01 - 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;
- 02 - O uso simultâneo de mais de um produtor numa mesma doadora deve ser aprovado, previamente, pelo LABORATÓRIO e S.R.G da ACGHMG;
- 03 - A tipagem sanguínea poderá ser realizada, somente, em laboratórios credenciados pelo MAARA;
- 04 - Este relatório deve ser enviado à ACGHMG até o final do 2.º mês seguinte ao da T.E.

Compromisso do Médico Veterinário

Declaro que executei o trabalho de T.E. acima indicado e assumo como verdadeiras as informações supra discriminadas

Nome completo:

N.º CRMV:

Local e Data:

Assinatura