**動物實驗核定後監督稽核查檢表**

**Post-Approval Monitoring Checklist**

**案件編號：**

|  |  |
| --- | --- |
| 系所/實驗室： | 稽核日期： |
| IACUC核准編號： | 計畫主持人： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **是** | **否** | **未實施** | | **檢查內容** | **備註** |
| **一、實驗人員、實驗操作場所與實驗動物使用** | | | | | |
|  |  |  | | 1.執行計畫人員是否可容易地取得動物實驗申請表及其審查同意書？ |  |
|  |  |  | | 2.計畫執行人員是否與申請表中的人員名單相符？ |  |
|  |  |  | | 3.動物的種類、品系、使用數量及來源與申請表內容是否相符？(中心內部紀錄) |  |
|  |  |  | | 4.是否有動物實驗紀錄本？ |  |
|  |  |  | | 5.實驗操作條件是否與申請表內容相符？(核對實驗記錄本內容) |  |
|  |  |  | | 6.實驗執行人員是否依照規定做適當的個人防護？ |  |
|  |  |  | | 7.手術環境是否乾淨清潔？ |  |
|  |  |  | | 8.相關器械是否完整無汙損及滅菌消毒？ |  |
|  |  |  | | 9.相關藥品是否有標示有效期限、製造或購買日期?  (應至少有一項) |  |
|  |  |  | | 10.動物攜出後是否於當日內送回?(中心內部紀錄) |  |
| **二、麻醉與止痛** | | | | | |
|  |  |  | | 1.麻醉方式與申請表內容是否相符？(核對實驗記錄本內容) |  |
|  |  |  | | 2.麻醉期間動物是否有適當的觀察及照護？ |  |
|  |  |  | | 3.吸入性麻醉劑之使用是否有適當的保護措施(廢氣回收裝置、物理性屏障) ? |  |
|  |  |  | | 4.是否有給予適當的止痛劑? 劑量是否與申請表內容相符？(核對實驗記錄本內容) |  |
|  |  |  | | 5.麻醉/止痛藥劑是否有使用紀錄表？ |  |
|  |  |  | | 6.麻醉/止痛藥劑是否有妥善保管及在有效期限內? |  |
|  |  |  | | 7.麻醉/止痛藥劑若分裝，是否有標示有效期限與分裝日期? |  |
| **三、安樂死** | | | | | |
|  |  |  | 1.安樂死處置方式及地點是否合適? | |  |
|  |  |  | 2.安樂死時機與方式是否與申請表內容相符？(核對實驗記錄本內容) | |  |
|  |  |  | 3.採用物理性安樂死者，在死前是否有給予麻醉? | |  |
|  |  |  | 4.屍體處理紀錄是否合理? (中心內部紀錄) | |  |

**查核結果：**

□ 通過

□ 限期改善，並以書面資料回覆

□ 限期改善，再至現場檢查改善項目

其他建議:

實驗室人員簽章: 日期：

稽核人員簽章： 日期：

稽核委員簽章： 日期：

**計畫主持人回覆意見(請於兩週內回覆)：**

計畫主持人簽章： 日期：

複查結果：

□ 改善後通過

□ 不通過，送請委員會討論是否終止本計畫

實驗室人員簽章: 日期：

稽核人員簽章： 日期：

稽核委員簽章： 日期：

委員會討論

決議:

□ 通過

□ 不通過，終止本計畫

意見:

稽核委員簽章： 日期：

IACUC委員會召集人簽章： 日期：

**PAM流程**

委員會討論結果告知計畫主持人

改善後通過

不通過，送請委員會討論是否終止本計畫

依計畫主持人書面回覆意見(於兩週內回覆)或至現場查核

通過

限期改善，並以書面資料回覆

通知計畫主持人查核日期、時間、地點，請他們準備相關資料

限期改善，再至現場檢查改善項目

與本會委員及動物中心人員至查核地點做PAM查核