

Bloqueio de nervos femoral, isquiático e cutâneo femoral lateral em cão submetido a osteotomia de nivelamento platô tibial - Relato de caso

Femoral, sciatic and lateral femoral cutaneous nerve block in a dog undergoing tibial plateau leveling osteotomy- Case report

Beatriz Santos de **NARDI**¹, Daniel de Souza Ramos **ANGRIMANI**²

¹ Discente da Universidade São Judas Tadeu - Campus Mooca – São Paulo – SP, Brasil

² Docente da Universidade São Judas Tadeu - Campus Mooca – São Paulo – SP, Brasil

*Autor para correspondência. E-mail: angrimani@gmail.com

RESUMO

As anestésias locorreionais vem sendo cada vez mais empregadas, principalmente por sua eficácia comprovada no manejo da dor. Ademais, pela redução ou até mesmo ausência do requerimento de anestésicos gerais no período transoperatório. Neste contexto, destaca-se os bloqueios locorreionais em cirurgias ortopédicas, destarte ainda ocorrer escassez de estudos nesta área. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo, relatar a técnica utilizada de bloqueio de nervos femoral, isquiático e cutâneo femoral lateral em cão submetido a osteotomia de nivelamento platô tibial (TPLO) para tratamento de ruptura do ligamento cruzado cranial. O animal apresentava claudicação de membro pélvico direito e teste positivo de compressão tibial e gaveta cranial. Porém, o diagnóstico final de ruptura do ligamento cruzado cranial foi estabelecido após radiografia do membro afetado. Por se tratar de paciente hígido, sem alterações nos exames laboratoriais, e sem risco eminente, foi classificado como ASA I. O animal recebeu a medicação pré-anestésica a base de opioide, a indução ocorreu com cetamina, midazolam, lidocaína e propofol e mantido na manutenção com isoflurano. O fármaco de escolha para realização dos bloqueios foi a bupivacaína 0,5% e a dose utilizada foi de 3mg/kg. O animal permaneceu estável e com os parâmetros dentro dos valores de referência por todo o procedimento, não sendo necessário o uso de analgésicos ou opioides no período transoperatório. Desta maneira, tais resultados demonstram a eficácia do bloqueio realizado.

Palavras chave: anestesiologia veterinária; bloqueio locorreional; cirurgia ortopédica.

ABSTRACT

Locoregional anesthesia has been increasingly used, mainly due to its proven efficacy in pain management. Furthermore, due to the reduction or even absence of the requirement for general anesthetics in the transoperative period. In this context, locoregional blocks in orthopedic surgeries stand out, thus there is still a shortage of studies in this area. Therefore, this paper aims to report the technique used to block the femoral, sciatic and lateral femoral cutaneous nerves in a dog submitted to tibial plateau leveling osteotomy (TPLO) for the treatment of cranial

cruciate ligament rupture. The animal had right pelvic limb claudication and a positive tibial and cranial drawer compression test. However, the final diagnosis of cranial cruciate ligament rupture was established after radiography of the affected limb. As it is a healthy patient, with no changes in laboratory tests, and no imminent risk, it was classified as ASA I. The animal received pre-anesthetic opioid medication, induction with ketamine, midazolam, lidocaine and propofol and maintained in maintenance with isoflurane. The drug of choice for performing the blocks was 0.5% bupivacaine and the dose used was 3mg/kg. The animal remained stable and with parameters within the reference values throughout the procedure, not requiring the use of analgesics or opioids in the intraoperative period. Thus, these results demonstrate the effectiveness of the blockade performed.

Keywords: veterinary anesthesiology; locoregional block; orthopedic surgery.

1. INTRODUÇÃO

O controle da dor tem sido ao longo das últimas décadas, tópico amplamente discutido tanto na medicina humana quanto na veterinária (1). Pois, a injúria cirúrgica é potente estimulante de respostas neuronais, causadores de alterações fisiológicas e complicações pós operatórias, que pode levar a graves repercussões em diferentes sistemas (1). Desta forma, a anestesia locorregional tem ganhado enfoque nos últimos anos, sendo vista como componente essencial para a analgesia balanceada.

A anestesia locorregional é método utilizado mediante a aplicação de agente anestésico próximo a nervo ou grupo de nervos de determinada região, onde ocorrerá dessensibilização da área por ele inervada (2). Sendo assim, por assumir preponderância na prática anestésica, permite eficácia analgésica no pós-operatório e promove redução das taxas de mortalidade (3).

Quando comparada à anestesia geral e uso de fármacos opioides sistêmicos, a anestesia locorregional proporciona inúmeros benefícios, como efeitos anti-inflamatórios e melhor recuperação funcional do membro (4). Além de estabilidade cardiorrespiratória elevada, menor permanência hospitalar (5), retorno rápido à função gastrointestinal, menor depressão imunológica (6) e, por fim, influencia positivamente na função cognitiva pós-operatória (7). Por ser

considerada mais segura, quando comparada a anestesia geral, pode ser usada em animais portadores de cardiopatias, hepatopatias, nefropatias, alterações endócrinas, neurológicas e em pacientes idosos, que muitas vezes apresentam comorbidades (8).

Portanto, atualmente, os bloqueios de nervos periféricos são requisitados na rotina clínica, pois possuem grande aplicabilidade, fácil execução e ocasionam pouco desconforto para os pacientes (3). Porém, para obter sucesso na técnica, faz-se necessário o conhecimento anatômico regional, com o intuito de estabelecer pontos de referência que sejam fidedignos, bem como, os locais de punção, direção e profundidade da agulha. Ainda salienta-se cuidados com estruturas importantes que devem ser evitadas, tais como, artéria e veia femoral, pois após a punção vascular inadvertida, a administração de anestésico local é imprudente devido ao risco de disseminação intravascular e sequelas cardíacas potenciais (9; 2).

Em casos de realização da anestesia regional do membro pélvico, deve-se administrar anestésico local próximo aos principais nervos, femoral e isquiático (10). Para este fim, lança-se mão do uso de estimulador de nervos periféricos (ENP) e ultrassom (US), já que estes aumentam a taxa de sucesso nos bloqueios nervosos (11; 12). O bloqueio dos nervos isquiático e femoral são apresentados como opção naqueles pacientes em que a anestesia epidural é contraindicada, pois mesmo sendo conceituada na medicina veterinária, o bloqueio epidural apresenta complicações e efeitos indesejados, o que tornou necessária a busca por meios alternativos para anestesia dos membros posteriores (10; 9). Entretanto, apesar desta importância ainda carecem estudos e relatos sobre os bloqueios regionais na literatura veterinária.

Dentre as cirurgias que necessitem de bloqueios locoregionais em membros pélvicos, destaca-se a cirurgia de osteotomia de nivelamento platô tibial (TPLO). Este procedimento cirúrgico é comumente realizado com o intuito de estabilizar o joelho após a ruptura do ligamento (13). Este procedimento culmina em inúmeros estímulos dolorosos, sendo que as complicações pós-operatórias podem estimular o desenvolvimento da dor crônica (3). Contudo, estudos feitos por Vettorato (2012) e Tayari (2017), demonstram que em pacientes submetidos ao bloqueio de nervos periféricos há menor necessidade

de analgesia peri e pós operatória, reduzindo as chances de complicações pós operatórias e possíveis sequelas que culminam na dor crônica.

Em face do exposto, este trabalho tem como objetivo a descrição da técnica, da analgesia concedida e as vantagens do bloqueio locorregional dos principais nervos do plexo lombossacral com base no relato de caso de animal submetido a osteotomia de nivelamento platô tibial (TPLO).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anestesia locorregional e dor

A dor é a percepção de sensação desagradável que se origina de região específica do corpo, sinalizando lesão tecidual e agindo como mecanismo de defesa do organismo (15). É potente ativador de respostas neuroendócrinas que desencadeiam diversas alterações fisiológicas e consequências graves aos sistemas, contribuindo para as complicações pós-operatórias (16; 17).

No tocante, ao processo da via nervosa da dor, os bloqueios locorregionais visam evoluir o conceito de analgesia e otimizar o controle da dor com a administração de anestésicos locais, os quais podem atuar nas vias de transmissão e de modulação de estímulos nervosos (10). Conseqüentemente, são capazes de atenuar as respostas endócrinas e metabólicas e ainda reduzirem os biomarcadores de estresse (glicose e cortisol). Assim, promovem melhor qualidade de recuperação e redução da escala de dor quando comparados aos animais submetidos a analgesia com opioides (18). Além de prevenir o desenvolvimento da dor patológica (19; 20).

2.2 Anestésicos locais e seu mecanismo de ação

Os anestésicos locais quando administrados nas técnicas de anestesia locorregional, produzem interrupção reversível da condução nervosa, pois causam o bloqueio dos canais de sódio, sem gerar e nem propagar o potencial de ação do tecido neuronal em resposta ao estímulo (21). Tal efeito acarreta perda temporária das funções sensoriais, autônomas e motoras (22). A atividade dos anestésicos locais está relacionada ao peso molecular, lipossolubilidade, grau de ligação as proteínas plasmáticas e a constante de acidez (pKa), fatores

importantes para determinação da potência anestésica e tempo de duração do fármaco (23). No entanto, importa referir que quanto maior a potência de anestésico local, maior é o risco de cardiotoxicidade, indicando sinais como alteração de estado mental, tremores, convulsões, hipotensão grave, arritmias, diminuição da contratilidade do miocárdio e até morte (23).

Os anestésicos locais mais utilizados são a lidocaína, bupivacaína e mepivacaína (24). A lidocaína é o mais utilizado para anestésias locais devido a sua potência (alta lipossolubilidade), rápido início de ação e duração intermediária (40-120 minutos) (24). Pode ser usada também como co-indutor da anestesia geral, como antiarrítmico e antiepilético (21). Seu efeito colateral é a sonolência e sua dose pode variar entre 5-10mg/kg (17). Em consideração, a bupivacaína foi o primeiro anestésico local a ter a capacidade de manter somente o bloqueio sensorial em concentrações menores a 0,5%, sendo indicada para promover maior analgesia no pós operatório, podendo perdurar por até 6 horas para o bloqueio motor e 10 horas para o bloqueio sensorial (21). Porém, seu início de ação é mais lento em comparação à Lidocaína e não pode ser usado por via endovenosa devido a sua cardiotoxicidade (23).

2.3 Anatomia dos nervos femoral, isquiático e femoral cutâneo lateral

O membro pélvico recebe inervação sensorial, motora e autônoma através de rede de nervos, os quais têm sua origem no plexo lombossacral (25). O nervo femoral é o principal dos nervos do plexo lombar, ele se direciona caudalmente, emerge no triângulo femoral e posteriormente emite ramo cutâneo, sendo conhecido por nervo safeno (25). No interior deste triângulo, o nervo femoral pode ser individualizado, enquanto se aprofunda no músculo quadríceps e fica cranialmente à artéria e veia femoral (10).

O nervo femoral cutâneo lateral é nervo pequeno que se origina do quarto nervo lombar. O bloqueio deste nervo é importante, pois ele é responsável pela sensibilidade cutânea da região dorsolateral da coxa e do joelho, por isso a importância de associá-lo ao bloqueio do nervo femoral e isquiático como complemento para insensibilização cutânea da região correspondente (10). Já o nervo isquiático é o mais volumoso do membro pélvico. Tem origem dos ramos ventrais e sacrais do tronco lombossacral e se localiza logo após deixar a cavidade pélvica através do forame ciático maior, encontra-se medialmente com

os músculos glúteos, gastrocnêmico, e obturador interno. Segue caudalmente até o trocânter maior do fêmur e se direciona distalmente entre o trocânter e tuberosidade isquiática (10).

2.4 Técnicas de bloqueio no membro posterior

Em geral, as técnicas de anestesia locorregional do membro pélvico são relativamente fáceis de realizar, desde que se tenha o material necessário e o conhecimento das referências anatômicas da região (11; 12).

O princípio da estimulação elétrica com ENP, se dá quando impulsos elétricos atingem o nervo e são transmitidos ao longo das fibras nervosas. Quando o nervo é constituído por fibras motoras, a corrente elétrica gerada pelo aparelho, resulta na despolarização do nervo e, conseqüentemente, os músculos inervados pelo nervo em questão desencadeiam resposta de contração (12). Esta contração muscular constitui o meio de confirmação do ponto eletrofisiológico, associado ao correto posicionamento da agulha (26), ou seja, a intensidade do estímulo é equivalente a distância da extremidade da agulha e o nervo, desta forma, quanto mais próximo do nervo, menor será a intensidade necessária (27).

A utilização do US está se tornando mais difundida nas várias técnicas de bloqueios de nervos periféricos em pequenos animais (28; 12). Ele possibilita a visualização do procedimento em tempo real, permitindo reconhecer o nervo alvo e manipular a agulha em relação ao mesmo, além de conseguir visualizar outras estruturas anatômicas importantes (11; 29; 30; 12). Além disso, permite observar a disseminação do anestésico local, a qual poderá ser depositada com maior acurácia, sem afetar a eficácia do bloqueio. Tudo isso favorece a redução da necessidade de diversas passagens da agulha, reduzindo o risco de perfuração vascular e tempo (11; 30; 12).

3. RELATO DE CASO

Animal da espécie canina, macho, raça Dachshund, com 6 anos de idade, 11,5 kg, foi encaminhado para o Anima Hospital Veterinário, localizado na zona leste na cidade de São Paulo, apresentando claudicação de membro posterior direito há quatro dias. No exame físico geral não foram constatadas alterações dignas de nota. Porém, no exame físico específico, o membro pélvico apresentou

resultados positivos para os testes de gaveta cranial e compressão tibial, levantando a suspeita de luxação de patela unilateral. Foi solicitado exame radiográfico do membro afetado. Após o laudo radiográfico sugerir ruptura do ligamento cruzado cranial em membro pélvico direito, o animal foi instruído a realizar exames pré-operatórios para correção cirúrgica utilizando a técnica corretiva de osteotomia de nivelamento platô tibial (TPLO).

Foi observada ausência de alterações nos resultados obtidos nos exames pré-operatórios realizados (hemograma, leucograma, função renal, função hepática, teste de triagem da coagulação e eletrocardiograma), e considerando o estado geral do animal, classificou-se o risco anestésico em ASA I, pois trata-se de animal hígido e com ausência de afecção concomitante. A medicação pré-anestésica foi realizada com metadona na dose de 0,2mg/kg IM e a indução com lidocaína 1mg/kg, cetamina 1mg/kg, midazolam 0,2mg/kg e propofol 2mg/kg IV, em administração lenta. A intubação endotraqueal foi realizada, assim que houve a perda do reflexo de deglutição. A manutenção foi efetuada através de isoflurano, inicialmente a 1,2%.

Com o animal sob efeito da anestesia geral e em decúbito lateral esquerdo, após tricotomia e assepsia do membro pélvico direito, realizou-se bloqueio anestésico dos nervos periféricos femoral, isquiático e cutâneo femoral lateral. O fármaco de escolha foi a bupivacaína a 0,5%, utilizada na dose de 3mg/kg e dividindo seu valor final em três partes, uma para cada nervo (cerca de 1,5 ml de bupivacaína). O bloqueio foi realizado com o auxílio do ENP, onde iniciou-se o bloqueio pela abordagem lateral utilizada para bloquear o nervo isquiático. A agulha de neuroestimulação de 2" foi conectada ao ENP, regulado com corrente estimuladora inicial de 1 a 1,5 mA (2 Hz, 0,1 ms). A agulha foi introduzida de maneira ventrodorsal, no espaço entre a tuberosidade isquiática e trocânter maior do fêmur (Figura 1). Durante o avanço da agulha foi possível observar as contrações do músculo bíceps femoral e gastrocnêmico, com consequente flexão da articulação do joelho. Quando a resposta muscular foi positiva, diminuiu-se gradativamente a intensidade da corrente estimuladora, buscando manter a mesma resposta muscular e após comprovar a ausência de contrações musculares com 0,2 mA, procedeu-se a infiltração da solução anestésica.

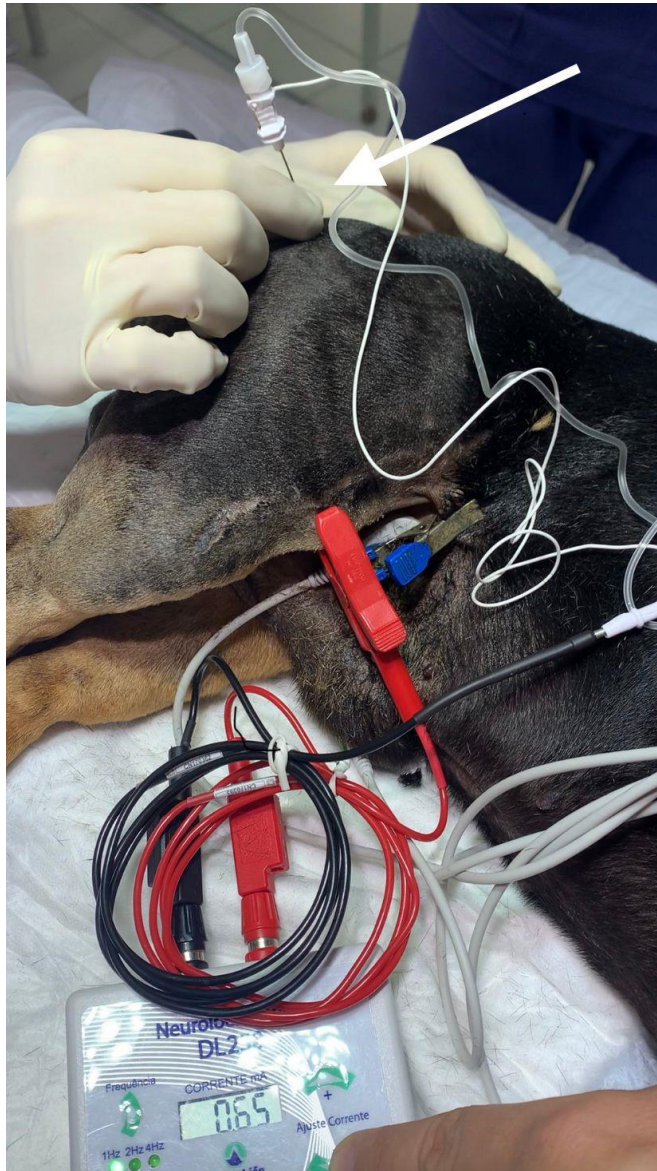


Figura 1 - Abordagem lateral do nervo isquiático, entre a tuberosidade isquiática e o trocanter maior do fêmur (seta branca) (Fonte: Arquivo pessoal, 2021).

A abordagem do nervo femoral cutâneo lateral também foi realizada com o animal em decúbito lateral esquerdo, porém, não foi necessário o uso do ENP devido ao nervo estar localizado em região de tecido subcutâneo. Como pontos de referência, as cristas ilíacas foram identificadas ventrocranialmente e a prega da virilha. A agulha foi introduzida no ponto, em direção ventrodorsal, pelo tecido subcutâneo e a solução anestésica foi dissipada.

A última técnica usada para complementar o bloqueio do membro posterior foi a abordagem inguinal do nervo femoral. Utilizou-se como ponto de

referência para a introdução da agulha as pulsações da artéria femoral, pois sabe-se que podem ser percebidas no interior do triângulo femoral, onde se encontra o nervo (Figura 2). Para este bloqueio, utilizou-se o ENP com corrente inicial de 1mA até encontrar as contrações do músculo quadríceps femoral, com a visualização da extensão da articulação do joelho. Assim que a resposta muscular foi encontrada e a mA foi reduzida ao ponto de cessar as contrações musculares com 0,2 mA, a solução anestésica foi realizada.



Figura 2 - Abordagem inguinal do nervo femoral dentro do triângulo femoral (seta branca) (Fonte: Arquivo pessoal, 2021).

O procedimento anestésico e cirúrgico durou cerca de 45 minutos onde o paciente se manteve estável todo o tempo, sem alterações nos parâmetros vitais, a pressão arterial média (PAM) se manteve por volta de 70 mmHg por todo o

procedimento, frequência cardíaca se manteve por volta de 110bpm e frequência respiratória entre 15 e 30 mrpm em ventilação mecânica. O animal foi mantido em plano superficial na anestesia, com reflexo palpebral presente e globo ocular rotacionado. No pós-operatório imediato, o animal já permanecia em estação e sem dor a palpação do membro, conferindo analgesia pós-operatória e sem necessidade de resgate analgésico. Duas horas após o procedimento, o animal permanecia sem dor a manipulação do membro, parâmetros vitais dentro da normalidade, se alimentando e com o caminhar esperado, portanto, recebeu alta no final do dia.

4. DISCUSSÃO

Em pequenos animais, a anestesia locorregional é bastante difundida, com abordagens diversas para o mesmo nervo. A abordagem inguinal do nervo femoral e lateral do nervo isquiático e cutâneo femoral lateral, foram as técnicas escolhidas neste relato, obtendo como principal vantagem a dessensibilização de todo o membro pélvico sem comprometer a locomoção do animal no pós operatório, pois a técnica consiste no bloqueio unilateral, diferentemente da técnica utilizada na epidural (23; 10).

Em estudo realizado por Boscan e Wennogle (2016), comparou-se o uso de bloqueios de nervo isquiático e femoral com anestesia epidural e sem anestesia regional. Os resultados obtidos foram superiores nos grupos submetidos ao bloqueio periférico dos nervos isquiático e femoral no que diz respeito ao resgate analgésico no trans e pós operatório, bem como, nestes pacientes, observou-se recuperação anestésica mais tranquila. Em contrapartida, o estudo realizado por Bartel et al. 2016, comparou a qualidade da anestesia e analgesia pós operatória de cães submetidos a artroplastia de joelho unilateral, e concluiu que não houve diferença significativa entre os pacientes submetidos ao bloqueio de nervos isquiático e femoral e naqueles submetidos a anestesia epidural. Por mais que a técnica da epidural conceda boa analgesia peri e pós operatória e por mais eficaz que ela seja, o bloqueio de nervo periférico demonstrou-se tão eficaz quanto no relato descrito, pois além dos parâmetros vitais não demonstrarem indício de dor, também não ocorreu necessidade de resgates analgésicos no pós operatório.

A correta utilização do instrumento de neurolocalização (ENP) permite maior precisão na execução do bloqueio e juntamente a escolha adequada do volume e da concentração da solução anestésica, e a metodologia apropriada para realizar o bloqueio. Assim, a porcentagem de fracassos e possíveis complicações como toxicidade sistêmica de anestésicos locais e venopunção são reduzidas significativamente (23). A resposta muscular gerada pelo estímulo elétrico é importante pois ela constitui o meio de confirmação do ponto eletrofisiológico, associado ao correto posicionamento da agulha (26), que indica a localização exata do nervo. No relato descrito, o animal apresentou os reflexos motores a cada estímulo elétrico imposto, como por exemplo, na estimulação do nervo femoral, pode-se observar contrações do músculo quadríceps femoral e a consequente extensão da articulação do joelho. Já na estimulação do nervo isquiático, observou-se contrações do músculo bíceps femoral e gastrocnêmico, ambos indicando a distância e localização de cada nervo a ser bloqueado.

A escolha da bupivacaína deu-se por suas propriedades físico-químicas, pois o bloqueio que ela promove é prolongado e intenso, com capacidade de manter somente o bloqueio sensorial em concentrações menores a 0.5% (23), além de ter rápida ação e alta potência (21). De fato, Cabala (2016) relata o uso da bupivacaína no bloqueio isquiático e femoral para cirurgias ortopédicas em cães com duração de dez horas, sendo adequada também para analgesia pós-operatória. Corroborando, o estudo realizado por Cathasaigh et al. (2018), mostrou que o uso da bupivacaína para o bloqueio de nervo femoral e isquiático induziu níveis de bloqueio sensorial e motor no membro afetado por até 20 horas após a administração. A duração do bloqueio no relato descrito foi de aproximadamente 8 horas após o procedimento, fato que pode ser afirmado, pois o animal não respondeu as avaliações de sensibilidade motora e sensitiva e não necessitou de resgate analgésico, além de não ter sido verificado comprometimento do membro bloqueado.

5. CONCLUSÃO

Os bloqueios de nervos periféricos promovem conforto e analgesia aos pacientes, e o sucesso da técnica ocorre devido ao uso correto das referências

anatômicas específicas para sua localização em conjunto com os métodos de neuroestimulação e fármacos utilizados. Com isso, conclui-se que o bloqueio dos nervos isquiático, femoral e cutâneo femoral lateral é uma técnica factível de ser empregada no cão, promovendo anestesia de todo o membro pélvico sem comprometer sua locomoção, permitindo sua utilização em cirurgias ortopédicas.

6. REFERÊNCIAS

1. Gaynor, J. S. 1999 Is postoperative pain management important in dogs and cats? *Veterinary Medicine*, 3(4), 254-257.
2. Gebeyehua, E. Regional Anesthesia in cattle. Seminar on Animal Health. 2014.
3. Silva, A., Guedes, A. & Assunção, J. P. 2011. Avaliação Neurológica em Anestesia LocoRegional. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor*, 64, 11-15
4. Mahler, S.P. & Adogwa, A. 2008. Anatomical and experimental studies of brachial plexus, sciatic, and femoral nerve-location using peripheral nerve stimulation in the dog. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 35(1), 80-89.
5. Chery, J., Semaan, E., Darji, S., Briggs, W. T., Yarmush, J. & D'Ayala, M. 2014. Impact of regional versus general anesthesia on the clinical outcomes of patients undergoing major lower extremity amputation. *Annals of Vascular Surgery*, 28(5), 1149-1156.
6. Kurosawa, S. & Kato, M. 2008. Anesthetics, immune cells, and immune responses. *Journal of Anesthesia*, 22(3), 263-277.
7. Davis, N., Lee, M., Lin, A.Y., Lynch, L., Monteleone, M., Falzon, L., Ispahany, N. & Lei, S. 2014. Postoperative cognitive function following general versus regional anesthesia: a systematic review. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 26(4), 369-376.
8. Kahvegian, M. P. 2010. Cirurgia ocular. Técnicas de Anestesia local. In: Fantoni & Cortopassi (2a ed.). *Anestesia em cães e gatos*. Rocca, São Paulo, Brasil.

9. Gurney, M. A. & Leece, E. A. 2014. Analgesia for pelvic limb surgery. A review of peripheral nerve blocks and the extradural technique. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 41(5), 445-458.
10. Portela, D. A., Otero, P. E., Briganti, A., Romano, M., Corletto, F. & Breggi, G. 2013. Femoral nerve block: a novel psoas compartment lateral pre-iliac approach in dogs. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 40(2), 194-204.
11. Campoy, L., Bezuidenhout, A. J., Gleed, R. D., Martin-Flores, M., Raw, R.M., Santare, C.L., Jay, A. R. & Wang, A. L. 2010. Ultrasound-guided approach for axillary brachial plexus, femoral nerve, and sciatic nerve blocks in dogs. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 37(2), 144–153.
12. Tayari, H., Tazioli, G. Breggi, G. & Briganti, A. 2017. Ultrasound-guided femoral and obturator nerves block in the psoas compartment in dogs: anatomical and randomized clinical study. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 44(5), 1216-1226.
13. Lazar, T. P. et al. Long-Term Radiographic Comparison of Tibial Plateau Leveling Osteotomy Versus Extracapsular Stabilization for Cranial Cruciate Ligament Rupture in the Dog. *Veterinary Surgery*. v. 34. p. 133-141, 2005.
14. Vettorato, E., Bradbrook, C., Gurney, M., Aprea, F., Clark, L. & Corletto, E. 2012. Peripheral nerve blocks of the pelvic limb in dogs: a retrospective clinical study. *Veterinary and Comparative Orthopedics Traumatology*, 25(4), 314–320.
15. Muir, W. W. 2009. Fisiologia e fisiopatologia da dor. In: Gaynor, J.S. & Muir III, W.W. *Manual de controle da dor em medicina veterinária* (2a ed., p. 13-41). MedVet, São Paulo, BR.
16. Mastrocinque, S.; Fantoni, D.T. Modulação da resposta neuroendócrina a dor pós-operatória em cães. *Clínica Veterinária*, n.31, p.25-29, 2001.
17. Fantoni, D. Tratamento da dor na clinica de pequenos animais. Elsevier.ed. Rio de Janeiro, p. 199-209, 2012.
18. Romano, M., Portela, D.A., Breggi, G. & Otero, P.E. (2016). Stress-related biomarkers in dogs administered regional anaesthesia or fentanyl for analgesia during stifle surgery. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 43 (1), pp. 44-54.

19. Lemke, K.A. & Dawson, S.D. (2000). Local and Regional Anesthesia. *The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*, 30 (4), 839-57.
20. Lemke, K. & Creighton, C. (2010). Analgesia for Anesthetized Patients. *Topics in Companion Animal Medicine*, 25 (2), 70-82.
21. Carvalho, J. C. A. , *Farmacologia dos anestésicos locais*, Revista Brasileira de Anestesiologia, v.44,p.75-82, 1994.
22. Martin-Flores, M. (2013). *Clinical Pharmacology and Toxicology of Local Anesthetics and Adjuncts In: Small Animal Regional Anesthesia and Analgesia (1st Edition pp. 25-40)*. Wiley-Blackwell.
23. Otero, O. E., & Portela, D. A. (2018). *Anestesia regional em animais de estimação*. Editora MedVet.
24. Ko, J.C. & Inoue, T. (2013). Local anesthetic agents and anesthetic techniques In *Small Animal Anesthesia and Pain Management (1st Edition, pp. 243-273)*. Manson Publishing.
25. Dyce, K.M.; Sack, W.O.; Wensing, C.J.G. *Tratado de anatomia veterinária*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
26. Raw, R.M., Read, M.R. & Campoy, L. (2013). Peripheral Nerve Stimulators In: *Small Animal Regional Anesthesia and Analgesia (1st Edition, pp. 65-76)*. Wiley-Blackwell.
27. Marhofer, P. & Chan, V. W. 2007. Ultrasoundguided regional anesthesia: Current concepts and future trends. *Anaesthesia & Analgesia*, 104(5), 1265-1269.
28. Mogicato, G., Layssol-Lamour, C., Mahler, S., Charrouin, M., Boyer, G., Verwaerde, P. & Jourdan, G. 2015. Anatomical and ultrasonographic study of the femoral nerve within the iliopsoas muscle in beagle dogs and cats. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 42(4), 425–432.
29. Costa-Farré, C, Blanch, X. L., Cruz, J. L. & Franch, J. 2011. Ultrasound guidance for the performance of sciatic and saphenous nerve blocks in dogs. *Veterinary Journal*, 187(2), 221–224.
30. Graff, S. M., Wilson, D. V. Guiot, L. P. & Nelson, N. C. 2015. Comparison of three ultrasound guided approaches to the lumbar plexus in dogs: a cadaveric study. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 42(4), 394–404.

31. Boscan, P. & Wennogle, S. 2016. Evaluation femoral-sciatic nerve bloks, epidural analgesia, and no use of regional analgesia in dogs undergoing tibia-plateau-leveling-osteotomy. *Journal of the American Animal Hospital Association*, 52(2), 102-108.
32. Bartel, A. K., Campoy, L., Martin-Flores, M., Glead, R. D., Walker, K. J., Scanapico, C. E. & Reichard, A. B. 2016. Comparison of bupivacaine and dexmedetomidine femoral and sciatic nerve bloks with bupivacaine and buprenorphine epidural injection for stifle arthroplasty in dogs. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 43(4), 435-443.
33. Cabala, R. W. (2016). Uso de anestesia locoregional periférica em caninos e bovinos. Um estudo clínico e experimental. Tese (Doutorado). Escola de Medicina Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais. Plataforma Sucupira. Belo Horizonte. MG. BR.
34. Cathasaigh, M. O, Read, M. R., Atilla, A., Schiller, T. & Kwong, G. P. S. 2018. Blood concentration of bupivacaine and duration of sensory and motor block following ultrasoundguided femoral an sciatic nerve blocks in dogs. *Plos One*, 13(3), 1-14.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS MEDVEP ON LINE

1. Objetivo

A MEDVEP – Revista Científica de Medicina Veterinária – Pequenos Animais e Animais de Estimação têm sua publicação trimestral, com trabalhos de pesquisa, casos clínicos, descrições de técnicas e revisões de literatura, destinados aos Médicos Veterinários e profissionais de áreas afins, além de atualizações e informações diversas.

2. Normas Gerais

2.1 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico. À MEDVEP reservam-se todos os direitos autorais dos trabalhos publicados, inclusive de tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição e com devida citação de fonte, sendo que nenhum dos autores será remunerado.

2.2 A MEDVEP receberá para publicação trabalhos redigidos em português, sendo os textos de inteira responsabilidade dos autores. A redação deve ser clara e precisa, evitando-se trechos obscuros, incoerências e ambiguidades.

2.3 A MEDVEP reserva-se o direito de submeter todos os trabalhos originais à apreciação da Comissão de Publicação Científica. Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão Científica e do Conselho Editorial.

2.4 As datas de recebimento, reformulação (se houver) e de aceitação do trabalho constarão, obrigatoriamente, no final do mesmo, quando da sua publicação.

3. Forma de apresentação

Elementos constituintes obrigatórios e ordem de apresentação:

3.1 Trabalho de pesquisa: Título em português, título em inglês, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, palavras-chave, introdução, revisão da literatura, proposição, material e métodos, resultados e discussão, conclusões ou considerações finais, abstract, keywords e referências.

3.2 Relato de casos clínicos: Título em português, título em inglês, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, descritores, introdução e revisão da literatura, proposição, relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão, conclusões ou considerações finais, abstract, keywords e referências.

3.3 Revisão da literatura: Título em português, título em inglês, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, descritores, introdução e revisão da literatura, proposição, relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão, conclusões ou considerações finais, abstract, keywords e referências.

b) Resumo e Abstract: consiste na apresentação concisa e sequencial, em um único parágrafo; deve ter no máximo 250 palavras, ressaltando-se o objetivo, material e métodos, resultados e conclusões.

c) Palavras-chave e Keywords: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para a determinação dos descritores, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde – DeCS", elaborada pela BIREME (<http://decs.bvs.br>). De 3 a 5 descritores.

d) Introdução: deve apresentar com clareza a proposta do estudo tratado na pesquisa. O objetivo deve ser concisamente apresentado.

e) Revisão de Literatura: deve ser pertinente, abrangendo os clássicos e artigos atuais.

f) Relato do(s) caso(s) clínico(s): com informações claras e suficientes para bom entendimento, ilustrado com fotos. Citar autorização do paciente/responsável para divulgação do caso clínico.

g) Material e métodos: identificar os métodos, equipamentos e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Métodos publicados devem ser referenciados, incluindo métodos estatísticos, oferecendo referências e descrições breves que tenham sido publicadas, mas ainda não sejam bem conhecidas, descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Citar aprovação do CEP - Comitê de Ética e Pesquisa (nº protocolo).

h) Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e ilustrações, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas, enfatizando somente as observações importantes. Podem ser apresentados juntamente com a discussão.

i) Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e relacioná-los ao conhecimento já existente.

j) Conclusão (ões) ou Considerações finais: deve(m) ser pertinente(s) ao(s) objetivo(s) propostos e justificadas nos dados obtidos. Devendo ser respondida a hipótese de trabalho.

k) Referências: as referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto. Ex.: (1,2,3), (4), (5,6)... Identificar as referências no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com Index Medicus e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências, não devendo ser pontuados. Nas publicações com até seis autores, todos os nomes devem ser citados em todas as referências. Em publicações com mais de seis autores, o primeiro nome deve ser citado em todas as referências, seguido de "et al." nas demais.

3.3 Revisão da literatura: Título em português, título em inglês, nome(s) do(s) autor (es), titulação do(s) autor(es), resumo, palavras-chave, introdução e proposição, revisão da literatura, discussão, conclusão ou considerações finais, abstract, keywords e referências.

3.4 Matéria da capa: A pauta e os elementos constituintes obrigatórios ficam a critério do corpo editorial, dos consultores indicados e do(s) autor(es) responsável(is) pela produção da matéria.

3.5 Editorial: Opinião comentada do editor, corpo editorial ou autor convidado, em que se discutem o conteúdo da revista e possíveis alterações na missão e/ou forma da publicação.

3.6 Conversando com o leitor: Título em português, nome(s) e titulação do(s) autor(es), comentários sobre assuntos de relevância, com citação no corpo do texto da(s) fonte(s) da informação apresentada.

3.7 Entrevista: Pergunta: questões pertinentes sobre um determinado assunto da área médica, formulada de maneira sucinta. Resposta: restrita à questão formulada, com nome(s) do(s) entrevistado(s) e titulação.

3.8 Lançamentos e tecnologia: Notícia de lançamento de material ou equipamento de Medicina Veterinária; usar o mínimo possível de propaganda nos artigos, reservar um espaço para propaganda.

4. Anúncios publicitários

Devem estar em conformidade com as especificações contratadas com o setor comercial. A revista MEDVEP exime-se de qualquer responsabilidade pelos serviços e/ou produtos anunciados, cujas condições de fornecimento e veiculação publicitária estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor e ao CONAR (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária).

5. Comitê de Ética

5.1 Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres vivos, deverão estar de acordo com os Princípios Éticos para Uso de Animais de Laboratório, do SBCAL/COBEA, <http://www.cobea.org.br>, e terem sido aprovados pela Comissão de Ética da Instituição. Enviar cópia da aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).

OBS.: Trabalhos que não atendam este item não serão publicados.

6. Apresentação de originais e suporte físico

Os originais destinados à MEDVEP deverão ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver.

6.1 Os originais deverão ser redigidos e enviados por e-mail em Word, na ortografia oficial e digitados na fonte Arial tamanho 12 formato A4, com espaço duplo e margem de 2cm de cada um dos lados, páginas numeradas no canto superior direito, não sendo impostas regras para o tamanho do artigo ou o número de figuras; porém, se for demais extenso, o conselho editorial pode pedir para que seja reduzido. A parte em word deve constar o título do trabalho, nome completo dos autores, suas titulações mais importantes, endereço principal para correspondência, telefone e e-mail (de todos os autores).

6.2 Os elementos que fazem parte do texto devem ser apresentados como se segue:

Primeira página:

a) Título e subtítulo (português/inglês): deve ser conciso contendo somente as informações necessárias para a identificação do conteúdo.

b) Especificação: se o trabalho é resumo ou parte de dissertação/tese ou monografia mestrado/doutorado ou especialização, iniciação científica ou outros.

c) Nome (s) do(s) autor(es): por extenso na ordem a ser publicada, contendo sua titulação e instituição à qual é afiliado(a).

d) Endereço principal para correspondência e e-mail: do autor responsável pelo artigo.

Demais páginas: devem ser estruturadas conforme a categoria do artigo (item 3).

a) Título e subtítulo (português/inglês).

apresentação em todas as referências, não devendo ser pontuados. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão et al. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé com asterisco.

À parte:

a) Agradecimentos (se houver): agradecimentos de ajuda técnica, apoio financeiro e material, devem especificar sua natureza, sua contribuição. Podem ser mencionadas pessoas que tenham contribuído intelectualmente para o artigo, mas cujas contribuições não justifiquem a autoria. Os autores devem obter autorização das pessoas às quais são dirigidos os agradecimentos.

b) Legendas: deverão ser claras, concisas e precedidas da numeração correspondente.

c) Endereço, telefone e e-mail de todos os autores: para o encaminhamento de correspondências pela Comissão de Publicação.

d) Norma de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores.

6.3 Citação no texto: é a menção no texto de uma informação extraída de um documento ou um canal de informação. Não serão aceitas citações no Sistema alfabético, somente no Sistema numérico (números entre parênteses): quando uma publicação tiver dois autores, ambos são citados; quando a citação tiver três ou mais autores, apenas o primeiro deve ser citado, seguido da expressão et al. Exemplos: um autor: Segundo Porto Neto (1); dois autores: Macedo, Silva (2); mais de dois autores: Alvarenga et al. (3); ou no final da frase entre parênteses (Porto Neto, Macedo, Silva, Alvarenga et al.) (4).

7. Numeração, citação, ilustrações e posição das tabelas, quadros, figuras e gráficos

7.1 As ilustrações (gráficos, desenhos, etc.) devem ser construídas preferencialmente em programa apropriado como Word, Excel, Corel ou outros, fornecidas em formato digital e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos.

7.2 TODAS AS ILUSTRAÇÕES (GRÁFICOS, DESENHOS, FOTOS, ETC.) ESTARÃO SUJEITAS À AVALIAÇÃO.

7.3 As imagens deverão constar no arquivo do trabalho, e deverão também ser enviadas no em separado nos formatos jpeg ou png.

7.4 As tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos.

7.5 Os títulos de tabelas e quadros devem ser colocadas na parte superior destes.

7.6 As legendas de figuras e gráficos devem ser colocadas na parte inferior destes.

7.7 Todas as tabelas, quadros, figuras e gráficos, sem exceção, devem ser citados no texto.

8. Termos científicos

8.1 Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes simbólicos abreviados.

8.2 Unidades de medida devem ser apresentadas rigorosamente de acordo com o Sistema Internacional de Medidas.

9. Exemplos de referências

Livro com um autor

a) Furlani, JM. Mastocitoma Canino: Estudo retrospectivo. *Ciência Animal Brasileira*, v.9, n.1, p. 242-50, 2008.

Livro com dois autores

b) Watté DA; Whittaker C. Surgery of the cornea. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, v.27, n.5, 2004.

Em suporte eletrônico

c) Pierson, L.A. Feline obesity: An Epidemic of fat cats. 2016. Access: < <https://catinfo.org/feline-obesity-an-epidemic-of-fat-cats/>>

Capítulo de livro

alterações necessárias no texto e/ou para que os adaptem às normas editoriais da revista.

10.3 Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados. A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará o cancelamento definitivo do processo de avaliação.

10.4 Os trabalhos que, a critério da Comissão de Publicação, do Conselho Editorial ou de Assessores ad hoc, não forem considerados convenientes para publicação na MEDVEP serão informados aos autores que poderão enviar para outros veículos se assim desejarem.

10.5 Durante todo o processo de avaliação, os nomes dos avaliadores permanecerão em sigilo perante os autores, e os nomes dos autores permanecerão em sigilo perante os avaliadores. Para tanto,



Medvep - Revista Científica de Medicina Veterinária - Pequenos Animais e Animais de Estimação - Edição 51 - Vol VI - 2021; 104-116.

Artigo citado por outros autores – apud

m) Edwards MK. Magnetic resonance of the head and neck. Dent Clin North Am 1993;37(4):591-611 apud Dutra VD, Fontoura HES. A utilização da ressonância magnética nuclear em odontologia: revisão da literatura e relato de caso. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1995;36(2):20-3.

Dissertações e Teses

n) Champion, T. Efeitos da obesidade e do sobrepeso sobre parâmetros cardiovasculares e respiratórios em gatos. 2011. 144f. Tese (Doutorado em Clínica Médica Veterinária) - Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista "Julio De Mesquita Filho", Jaboticabal.

Em suporte eletrônico

o) Lourenço LG. Relação entre a contagem de microdensidade vascular tumoral e o prognóstico do adenocarcinoma [Tese online]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999 [citado 1999 Jun 10]. Disponível em: URL: <http://www.epm.br/cirurgia/gastro/laercio>

Trabalho apresentado em evento

p) G. Wilhelm,¹; IC Pereira, EN Mueller,¹ LFD Schuch,¹ JCSR Pedrozo,¹ I Cima,¹ EG Guio,¹ e MO Nobre - Avaliação Clínica e Cirúrgica da Ressecção Lateral do Conduto Auditivo Externo como auxiliar no tratamento da Otite Crônica Canina - UFPEL

VI Congresso do Centro-Oeste de Clínicos Veterinários de Pequenos Animais. Brasília. Área Clínica Médica; 2010 set. 8-10; Brasília. Anais Concevepa; 2010 p.3
Medvep 2010; 8 (26) 421-14

Em suporte eletrônico

q) Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998.

Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.com.br/apirio98/>

10. Avaliação

10.1 Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, por incompletude ou inadequação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

10.2 Uma vez aprovados na avaliação quanto à forma de apresentação, os originais serão submetidos à apreciação da Comissão de Publicação, Conselho Editorial ou de Assessores ad hoc, que dispõem de plena autoridade para avaliar o mérito do trabalho e decidir sobre a conveniência de sua publicação, podendo, inclusive, reapresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas as

revisões necessárias para a publicação.

Capítulo de livro

d) Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN: Appleton and Lange; 1995. p.361-80.

Em suporte eletrônico

e) Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM] 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1999.

Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichemor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996 [cited 1999 May 27]. Available from: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

Artigo de periódico

f) Santos, N. S.; Carlos, R. S. A.; Albuquerque, G. R. Doença periodontal em cães e gatos - Revisão de literatura. Medvep - Revista Científica de Medicina Veterinária - Pequenos Animais e Animais de Estimação, v. 10, n.32, p. 1-12, 2012

Com mais de seis autores

g) Ono I, Ohura T, Narumi E, Kawashima L, Nakamura IR, Otawa LL et al. Three-dimensional analysis of craniofacial bones. J Craniomaxillofac Surg 2000; 20:49-60.

Artigo sem indicação de autor

h) Ethics of life and death. World Med J 2000; 46:60-64.

Organização ou Sociedade como autor

Organização Panamericana da Saúde. Prevenção e controle de doenças infecciosas. Bol Oficina Sanit Panam 1999;151:223-72.

Volume com suplemento

j) Shen HM. Risk assessment of nickel carcinogenicity. Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-82.

Fascículo com suplemento

k) Moy AB. Centripetal tension and endothelial. Chest 1994;105(3Suppl):107-8.

Resumo

l) Collins JG, Kirtland BC. Experimental periodontics retards hamster fetal growth [abstract 1117]. J Dent Res 1995;74:158.

Artigo citado por outros autores – apud

m) Edwards MK. Magnetic resonance of the head and neck. Dent Clin North Am 1993;37(4):591-611 apud Dutra VD, Fontoura HES. A utilização da ressonância magnética nuclear

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submeto(emos) o trabalho intitulado acima à apreciação da MEDVEP – Revista Científica de Medicina Veterinária Pequenos Animais e Animais de Estimação, para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo com os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da MEDVEP desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à MEDVEP. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da MEDVEP. Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as todas as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___/___/___

Nome dos autores

Assinatura

maiores aos autores que poderão enviar para outros veículos se assim desejarem.

10.5 Durante todo o processo de avaliação, os nomes dos avaliadores permanecerão em sigilo perante os autores, e os nomes dos autores permanecerão em sigilo perante os avaliadores. Para tanto, serão utilizados originais sem identificação dos autores.

10.6 Sistema peer review

11. Advertências

A preparação dos originais deve ser realizada seguindo-se rigorosamente as normas aqui publicadas. A não observância de qualquer uma das normas acarretará a devolução sumária dos originais, antes mesmo de sua apreciação pela comissão de avaliação.

12. Custos de publicação para associados

12.1 – Associados da Medvep não tem custo para publicação. Para cada grupo de 2 autores, pelo menos um deve ser associado. O envio do PDF do artigo será feito apenas para os autores associados. Os demais autores caso desejarem deverão fazer a aquisição do artigo em PDF.

13. Custos de publicação para não associados

13.1 – Para autores que não sejam associados, serão cobradas as taxas de: US\$ 15,00 (Quinze dólares), para tramitação do artigo. A submissão do artigo obrigatoriamente deve estar acompanhada da taxa de tramitação, que pode ser em cheque ou moeda. Em caso da não aprovação do artigo o valor da taxa não será devolvido.

US\$ 30,00 (Trinta dólares) por página em PDF caso o artigo seja aprovado para publicação. A Taxa de publicação deverá ser paga somente após o recebimento da carta com informação da Edição de publicação do artigo, seu respectivo valor atualizado, e as formas de pagamento.

13.2 – Os valores e condições de publicação podem sofrer alterações, sendo válidas sempre as normas publicadas no site na data do envio do trabalho.

14. Do envio de PDF e ou separatas

14.1 A MEDVEP não envia separatas do artigo publicado. É feito apenas o envio do PDF para os autores associados, ou no caso, onde os autores não forem associados e optarem pelo pagamento por página em PDF para publicação, é feito o envio de (uma cópia em PDF), por artigo. No caso da necessidade de mais cópias, deverá ser feita a aquisição do PDF por cada autor.

A reprodução de cópias é expressamente proibida.

15. Encaminhamento dos originais

Todos os artigos devem ser enviados para o e-mail edicao@medvep.com.br

16. Declaração:

Título do artigo: _____

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submeto(emos) o trabalho intitulado acima à

São Paulo, 05 de outubro de 2021

TERMO DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO DE TCC

Eu, David de Souza Lima Aguiar,
docente do curso de Medicina Veterinária, da Universidade São Judas Tadeu,
confirmando o meu aceite em orientar o aluno
Beatriz Santos de Nóbrega

RA 81716735, no desenvolvimento do seu trabalho de conclusão
de curso (Relato de Caso Clínico), requisito necessário para aprovação nas
disciplinas de Estágio Supervisionado do Curso de Medicina Veterinária.
Confirmando ainda que estou ciente dos esclarecimentos sobre as disciplinas
Estágio Supervisionado I e Estágio Supervisionado II e Regulamento de Estágio
Supervisionado aprovado pelo colegiado do Curso de Medicina Veterinária.


Assinatura do Professor Orientador

AUTORIZAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA USO DOS DADOS EM ENSINO E PESQUISA

Nome do Animal: <u>Belhaven</u>	Espécie: <u>Canina</u>	RI:
Sexo: <u>macho</u>	Raça: <u>dachshund</u>	Peso: <u>11,50kg</u>
Nome do Proprietário: <u>Adriana Ferreira da Silva</u>	Idade: <u>6 anos, 6 meses</u>	CPF: <u>401.479.308-71</u>
Endereço: <u>Antonio das Cruzes, Vila Prudente, SP</u>	Bairro: <u>Vila Prudente II</u>	
CEP: <u>05490-660</u>	Contato: <u>11-44849-7591</u>	

Eu, proprietário(a) do animal supracitado, autorizo voluntariamente a utilização dos dados e fotografias resultantes de seu atendimento para fins didáticos e de pesquisa pelo aluno:

Nome do Aluno(a): <u>Beatriz Santos De Nardi</u>
RA: <u>81716735</u> CPF: <u>468.299.968-05</u>
Instituição (clínica, Laboratório, Zoológico etc): <u>Anima Hospital Veterinária</u>
Endereço: <u>R Fontoura Xavier, 1248</u> Bairro: <u>Itaquera</u>
CEP: <u>08295300</u> Contato: <u>(11) 99214-9378</u>

Para realização de seu Relato de Caso (RCC) do Curso de Medicina Veterinária da Universidade São Judas Tadeu.

São Paulo, 27 de outubro de 2021

Adriana Ferreira
Proprietário (a)

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA BANCA DE RCC2 – MEDICINA
VETERINÁRIA USJT

Eu, Devid de Souza dos Anjos
docente do curso de Medicina Veterinária, da Universidade São Judas Tadeu,
confirmando ter orientado e encaminhado para avaliação da banca o(a) aluno(a)
Beatriz Santos Da Nardi
RA 81716335, requisito necessário para aprovação nas
disciplinas de Estágio Supervisionado do Curso de Medicina Veterinária.
Confirmando ainda que estou ciente dos esclarecimentos sobre as disciplinas
Estágio Supervisionado I e Estágio Supervisionado II e Regulamento de
Estágio Supervisionado aprovado pelo colegiado do Curso de Medicina
Veterinária.

São Paulo, 16 / 11 / 21

Assinatura do Professor Orientador