

PARA O APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE FARMACOCINÉTICA CLÍNICA

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Diretor dos Serviços Farmacêuticos do Hospital _____, declaro sob compromisso de honra que esta Instituição tem garantidas todas as condições logísticas e administrativas, para a implementação e manutenção de um programa de farmacocinética. Mais declaro a existência de laboratórios nesta instituição que efetuam o doseamento sérico dos fármacos _____, embora nos Serviços Farmacêuticos não se realize ainda a monitorização farmacocinética, sendo a formação nesta área uma necessidade dos Serviços Farmacêuticos.

Para colmatar tal necessidade, venho por esta forma reconhecer no candidato _____ as competências e responsabilidade necessárias para integrar o Programa de Mentoría.

O envolvimento no projeto em epígrafe implica o comprometimento dos Serviços Farmacêuticos, no âmbito das nossas competências, de forma a garantir a criação de condições para a implementação e manutenção de um programa de farmacocinética clínica na Farmácia após decorrido o “Estágio de Mentoría”. Numa fase inicial, esta instituição tem interesse em monitorizar os fármacos _____.

Dados adicionais ou informações relevantes, se aplicável:

_____, ____ de _____ de 2022,

O/A Diretor(a) de Serviço,

(Nome completo, assinatura)