

**PROGRAMA DE MENTORIA**

**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 Mentoria.

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 Mentoria”. 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)