**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE NOVOS PROJETOS DE PESQUISA**

**Serviço de Farmácia**

**I. Número do Projeto GPPG:**

**II. Número do CAAE:**

**III. Título do Projeto:**

**IV. Patrocinador:**

**V. Medicamentos envolvidos no estudo:**

**VI. Informações do pesquisador responsável**

**- Nome:**

**- Contatos (e-mail e telefone):**

**- Serviço ao qual está vinculado:**

1. Alguma etapa do fluxo do medicamento no presente projeto (recebimento, armazenamento, gerenciamento do estoque, randomização, fracionamento, manipulação ou dispensação, acompanhamento farmacêutico) necessita envolvimento do Serviço de Farmácia?

( ) SIM ( ) NÃO

*Somente em caso de resposta afirmativa prossiga para responder às demais questões.*

1. Quais etapas?

( ) Recebimento

( ) Armazenamento

( ) Gerenciamento de estoque

( ) Randomização

( ) Fracionamento

( ) Manipulação

( ) Dispensação

1. O projeto possui medicamentos que serão dispensados diretamente ao paciente?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. Em caso afirmativo, identifique como os medicamentos serão fornecidos pelo patrocinador do estudo:

( ) Medicamentos já individualizados para dispensação direta ao paciente

( ) Medicamentos fornecidos em frascos multidose necessitando fracionamento pelo Serviço de Farmácia

1. O projeto possui medicamentos injetáveis que necessitarão manipulação pela Central de Misturas Intravenosas (CMIV) do Serviço de Farmácia?

( ) SIM ( ) NÃO

1. Além dos medicamentos do estudo, outros insumos (como, por exemplo, equipos, bolsas de soro, capas protetoras, frascos vazios, etc) serão fornecidos pelo patrocinador do estudo?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. Quais insumos?

6- Todos medicamentos serão fornecidos pelo patrocinador do estudo?

( ) SIM ( ) NÃO

7 - Havendo necessidade de acompanhamento farmacêutico, será necessário que este profissional realize alguma capacitação?

( ) SIM. Quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) NÃO

8- Haverá necessidade de fornecimento do medicamento pelo HCPA?

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso afirmativo, informar preencha as informações abaixo, para fins de orçamento e avaliação da viabilidade do fornecimento:

* Nome do medicamento:
* Apresentação:
* Via de administração:
* Quantidade:
* Duração do tratamento: