**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**FARMÁCIA**

**Título da Pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente de Pesquisa:** (se houver)

**Orientador**: (se houver)

**Aplicação da Pesquisa**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com**: prontuários( ) pacientes( ) acompanhantes( ) Farmacêuticos( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**Instrumento da coleta**: questionário( ) ficha de coleta ( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( ) material biológico( ) outros( ).

**Se outros, especificar**:

**Se material biológico, responder:**

Responsável pela coleta do material:

Para onde será levado o material:

**Aplicação de componentes**: sim ( ) não ( )

**Qual**?

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordenador do Setor de **FARMÁCIA** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, **com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP/PE, conforme Resolução nº:**............(informar Resolução correta).

Recife,\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(carimbo e assinatura do Coordenador do Setor)