

NOME DA EMPRESA

Logo da empresa

Endereço: (descrever endereço completo) xxxxxxxxxxxx

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

Declaro, que eu **Dr(a). xxxx (nome completo do profissional)**, inscrito (a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado de **XXXX**, sob o nº **XXXX** acompanhei a rotina da prática da Medicina Nuclear, na empresa (nome completo da empresa), inscrita sob o CNPJ: **xxxxxxxxxxx**, no período de **xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx**, com carga horária total de 120 horas.

O profissional deverá descrever todas as atividades práticas, bem como especificar a carga horária de cada atividade e apresentar o cronograma)

Atividade prática	Descrição da atividade prática	Carga horária	Data
Proteção Radiológica			
Boas Práticas de Produção e de Manipulação de radiofármacos			
Produção de radiofármacos			
Geradores de radionuclídeos: gerador $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$, gerador de $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$			
Manipulação de radiofármacos, incluindo a radiomarcagem de reagentes liofilizados com $^{99\text{m}}\text{Tc}$ e de hemoderivados (leucócitos e hemácias)			
Controle de Qualidade			
Radiofármacos prontos para uso em terapia e diagnóstico			
Fracionamento e Dispensação de radiofármacos			
Gerenciamento de rejeitos radioativos			
Gerenciamento de agenda e estoque			
Farmacovigilância			
Garantia da qualidade			

NOME DA EMPRESA

Logo da empresa

Endereço: (descrever endereço completo) xxxxxxxxxxx

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas e o documento apresentado, para fins de conclusão do curso livre para habilitação em radiofarmácia são verdadeiros e autênticos (fieis à verdade e condizentes com a realidade das atividades práticas).

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Assinatura do farmacêutico

Assinatura do supervisor

Local, xxx de xxxx de 20x