

## Alnylam Act® Bioquímico – Formulário para Porfiria Hepática Aguda

Este formulário de requisição deverá ser usado para enviar uma solicitação de teste por meio do Alnylam Act® Bioquímico, programa de testes bioquímicos oferecido pela Alnylam Pharmaceuticals.

**INSTRUÇÕES:** analise as opções de testes e preencha todas as seções deste formulário – o teste solicitado deverá ser indicado na seção “Solicitação de Exame Bioquímico”. Em seguida, envie o formulário preenchido em anexo para [alnylamactbioquimico@humaniasauder.com.br](mailto:alnylamactbioquimico@humaniasauder.com.br) e forneça a seu paciente um pedido médico (receptuário convencional) para o mesmo teste selecionado neste formulário. Seu paciente será orientado pela equipe da Humania a como proceder para a realização dos exames.

Ao enviar este formulário, o médico solicitante (“Médico”) reconhece que o indivíduo ou o familiar autorizado a tomar decisões pelo indivíduo (coletivamente, o “Paciente”) recebeu informações sobre o teste bioquímico e sua finalidade. Em relação ao Programa Alnylam Act® Bioquímico, o Paciente foi informado de que a Humania entrará em contato para orientá-lo a respeito dos procedimentos para a realização do teste. O Médico garante que não solicitará reembolso por este teste gratuito de nenhum terceiro, inclusive, entre outros, dos programas de saúde federais. O Médico não tem nenhuma obrigação de solicitar nem de recomendar produtos que possam ser disponibilizados por terceiros patrocinadores. O Médico, por este instrumento, declara ainda estar ciente que as informações de contato da organização e do clínico fornecidas no pedido poderão ser compartilhadas com terceiros patrocinadores do Programa Alnylam Act® Bioquímico e que tais terceiros podem contatar diretamente o Médico em relação ao Programa. O Médico declara também que informou o Paciente sobre a possibilidade de terceiros patrocinadores do Programa contatarem o médico do Paciente em relação a informações desidentificadas obtidas por meio do Programa Alnylam Act® Bioquímico. O Paciente foi informado de que suas informações pessoais e sua amostra serão processadas e de que os dados desidentificados do Paciente poderão ser usados e compartilhados para fins de pesquisa, de acordo com todas as leis, regulamentos, Política de Privacidade da Alnylam ([www.alnylampsolicies.com/pt-br/privacy](http://www.alnylampsolicies.com/pt-br/privacy)). Além das informações acima, o Médico declara que, de acordo com a lei aplicável, está autorizado a solicitar este teste.

### PROGRAMA DE PORFIRIA HEPATICA AGUDA ALNYLAM ACT® BIOQUÍMICO

Para seus pacientes que atendam aos critérios de elegibilidade abaixo e necessitam realizar os exames bioquímicos relacionados no programa.

**OBRIGATÓRIO:** você deve selecionar a seguir o(s) critério(s) de elegibilidade apropriado(s) para este paciente.

#### O PACIENTE DEVE SER PUBESCENTE OU ADULTO E APRESENTAR (SELECIONE PELO MENOS UM):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> História familiar de porfiria hepática aguda  |  |
| <input type="checkbox"/> História de níveis elevados (acima do limite superior da normalidade) de porfobilinogênio (PBG) ou ácido aminolevulínico (ALA) na urina   |  |
| <input type="checkbox"/> Episódios inexplicados, recorrentes (mais de um) e prolongados (> 24 horas) de dor abdominal grave e difusa (sem localização exata) <b>E PELO MENOS DOIS</b> dos sintomas abaixo: |  |
| <input type="checkbox"/> Urina vermelha a marrom-escura  | <input type="checkbox"/> Manifestações do sistema nervoso periférico associadas à dor abdominal (ou seja, neuropatia motora [paresia], neuropatia sensitiva [dormência, formigamento, dor nos membros])                        |
| <input type="checkbox"/> Lesões cutâneas bolhosas nas áreas expostas ao sol  | <input type="checkbox"/> Manifestações do sistema nervoso autônomo associadas à dor abdominal (ou seja, hiponatremia [Na+ abaixo do limite inferior da normalidade], taquicardia, hipertensão, náuseas e vômitos, constipação) |
| <input type="checkbox"/> Manifestações do sistema nervoso central associadas a dor abdominal (ou seja, confusão mental, ansiedade, convulsões, alucinações)  |  |

#### Informações do médico solicitante

Nome:	CRM:	Telefone:	E-mail:
Instituição:	Especialidade:		

### Informações do Paciente

Nome:	Data de Nascimento:	
E-mail:	Telefone:	
Endereço completo:		
<b>Informações do representante legal</b> (para pacientes com menos de 18 anos e/ou que não estejam em pleno gozo de suas capacidades civis):		
Nome:	Data de Nascimento:	
Telefone:	E-mail:	
Documento de representação apresentado*:		
<b>SOLICITAÇÃO DE EXAME BIOQUÍMICO PARA INVESTIGAÇÃO DE PORFIRIA HEPATICA AGUDA:</b>		
<input type="radio"/> Ácido delta-aminolevúlico (ALA – exame quantitativo em amostra de urina isolada)	<input type="radio"/> Porfobilinogênio (PBG – exame qualitativo em amostra de urina isolada)	<input type="radio"/> Porfobilinogênio (PBG – exame quantitativo em amostra de urina 24h)

#### O paciente está internado ou incapacitado de ir a um laboratório?

Sim       Não

\*Para pacientes com menos de 18 anos ou que não estejam em pleno exercício de suas capacidades civis. Anexar ao presente formulário documento comprovando a representação. Para os pacientes com menos de 18 anos, podem ser anexados, por exemplo, cópia do RG do paciente.

#### AO ASSINAR O CAMPO ABAIXO, O MÉDICO DECLARA QUE:

- 1) Leu e compreendeu as informações fornecidas neste documento;
- 2) O Paciente deseja participar do Programa.

Assinatura:	Data:
-------------	-------