

Alnylam Act® Bioquímico – Formulário para Porfíria 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@humaniasaude.com.br e forneça a seu paciente um pedido médico (receituário 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.alnylampolicies.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 PORFÍRIA HEPÁTICA 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="radio"/> História familiar de porfíria hepática aguda | |
| <input type="radio"/> História de níveis elevados (acima do limite superior da normalidade) de porfobilinogênio (PBG) ou ácido aminolevulínico (ALA) na urina | |
| <input type="radio"/> Episódios inexplicados, recorrentes (mais de um) e prolongados (> 24 horas) de dor abdominal grave e difusa (sem localização exata) E PELO MENOS DOIS dos sintomas abaixo: | |
| <input type="radio"/> Urina vermelha a marrom-escura | <input type="radio"/> Manifestações do sistema nervoso periférico associadas à dor abdominal (ou seja, neuropatia motora [paresia], neuropatia sensitiva [dormência, formigamento, dor nos membros]) |
| <input type="radio"/> Lesões cutâneas bolhosas nas áreas expostas ao sol | |
| <input type="radio"/> Manifestações do sistema nervoso central associadas a dor abdominal (ou seja, confusão mental, ansiedade, convulsões, alucinações) | <input type="radio"/> 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) |

Informações do médico solicitante

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

Informações do Paciente

Nome:	Data de Nascimento:
E-mail:	Telefone:
Endereço completo:	

Informações do representante legal (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*:	

SOLICITAÇÃO DE EXAME BIOQUÍMICO PARA INVESTIGAÇÃO DE PORFIRIA HEPATICA AGUDA:

<input type="radio"/> Ácido delta-aminolevulínico (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:
-------------	-------