

## Alnylam Act® Bioquímico – Formulário para Hiperoxalúria Primária

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](mailto: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 HIPEROXALÚRIA PRIMÁRIA 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 APRESENTA (SELECIONE PELO MENOS UM)	
<input type="radio"/> História familiar de Hiperoxalúria Primária	
<input type="radio"/> Adulto (> 18 anos) com <b>PELO MENOS UMA</b> das manifestações abaixo (assinalar todos que estiverem presentes):	
<input type="radio"/> Função renal comprometida sem etiologia definida	<input type="radio"/> Nefrocalcinose
<input type="radio"/> Nefrolitíase recorrente ou bilateral	<input type="radio"/> História de oxalato urinário ou plasmático elevados
<input type="radio"/> Criança (< 18 anos) com <b>PELO MENOS UMA</b> das manifestações abaixo (assinalar todos que estiverem presentes):	
<input type="radio"/> Função renal comprometida sem etiologia definida	<input type="radio"/> Nefrocalcinose
<input type="radio"/> Nefrolitíase e atraso no crescimento	<input type="radio"/> História de oxalato urinário ou plasmático elevados
<input type="radio"/> Nefrolitíase recorrente ou bilateral	
Informações do médico solicitante:	
Nome:	CRM:

E-mail:	Telefone:	
Instituição:	Especialidade:	
<b>Informações do Paciente:</b>		
Nome:	Data de Nascimento:	
E-mail:	Telefone:	
Endereço:		
<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 HIPEROXALÚRIA (SELECIONE UM):</b>		
<input type="radio"/> Exame quantitativo de oxalato em amostra de urina 24 horas para investigação de hiperoxalúria	<input type="radio"/> Exame quantitativo de oxalato em amostra de urina isolada (indicado para pacientes impossibilitados de realizar coleta de urina de 24h)	<input type="radio"/> Exame quantitativo de oxalato plasmático (indicado para pacientes com comprometimento da função renal)

**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: