



Este formulário de requisição é destinado às solicitações de teste genético do programa **Alnylam Act® Genético para Hiperossalúria Primária**, um programa de teste patrocinado para doenças genéticas trazido até você pela **Alnylam Brasil Farmacêutica**.

#### INSTRUÇÕES

1. Preencha todas as seções deste formulário.
2. Colha a amostra do seu paciente, identifique o tubo e coloque-o dentro da caixa do kit.
3. Coloque o formulário preenchido dentro da caixa do kit juntamente com os termos de consentimento assinados.
4. Solicite a retirada do kit para análise da amostra através do e-mail [alnylam@grupofleury.com.br](mailto:alnylam@grupofleury.com.br) com as seguintes informações: *(Funcionários da Alnylam não devem ser copiados na comunicação por e-mail com o Fleury)*
  - a. Assunto: "Coleta de amostra Programa Alnylam Act"
  - b. Nome e CRM/UF do médico solicitante
  - c. Número de amostras
  - d. Telefone de contato
  - e. Endereço completo com CEP para a retirada do kit
5. O Fleury fornecerá detalhes adicionais para a retirada da(s) amostra(s).

#### CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

##### PROGRAMA ALNYLAM ACT® (HIPEROSSALÚRIA PRIMÁRIA)

Para indivíduos que preenchem os critérios de elegibilidade abaixo e que desejam receber um teste genético específico do programa.

**OBRIGATÓRIO: É necessário selecionar abaixo os critérios de elegibilidade para este paciente.**

**Possui antecedente familiar OU suspeita diagnóstica de hiperossalúria primária.**

**Assinale todos os que se aplicam:**

Antecedente familiar de hiperossalúria primária

OU

Adulto (18 anos ou mais) **com oxalato plasmático ou urinário elevados E pelo menos UM** dos critérios de elegibilidade adicionais:

- Comprometimento da função renal
- Nefrolitíase
- Nefrocalcinose

OU

Criança (menos de 18 anos) **com oxalato plasmático ou urinário elevados E pelo menos UM** dos critérios de elegibilidade adicionais:

- Déficit pômbero-estatural E comprometimento da função renal
- Nefrolitíase
- Nefrocalcinose

OU

Indivíduos abaixo de 45 anos com insuficiência renal crônica de ETIOLOGIA DESCONHECIDA, EM DIÁLISE e com HISTÓRIA DE NEFROCALCINOSE E/OU NEFROLITIASE

##### TESTE DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR GENE-ESPECÍFICO

Para até 6 familiares de participantes do programa que receberam laudo com variante patogênica ou provavelmente patogênica, que desejam receber teste de acompanhamento familiar gene-específico (apenas o gene identificado no familiar) sem custo adicional. Para obter mais informações entre em contato através do e-mail [alnylam@grupofleury.com.br](mailto:alnylam@grupofleury.com.br).



## INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

Nome:		Sobrenome:	
Data de nascimento:		Sexo biológico: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
CPF:		RG:	
Ancestralidade: <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Outra: _____			
Telefone:		E-mail:	
Endereço:			
CEP:	Cidade:	Estado:	

## INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA

Tipo de Kit: <input type="radio"/> Swab Bucal <input type="radio"/> DBS	Data de coleta da amostra:
---	----------------------------

## INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome:		Sobrenome:	
Especialidade:		CRM-UF:	
Instituição:			
Cidade:		Estado:	
Telefone:		E-mail:	

## SELEÇÃO DO TESTE

**PROGRAMA ALNYLAM ACT® (HIPEROXALÚRIA PRIMÁRIA). Selecione abaixo apenas UMA das opções:**

Nome do teste	Nº de genes	Lista de genes
<input type="radio"/> Painel de Hiperossalúria Primária	3	AGXT, GRHPR, HOGA1
<input type="radio"/> Painel de Nefrolitíases	41	ADCY10, AGXT, ALPL, APRT, ATP6V0A4, ATP6V1B1, ATP7B, CASR, CA2, CLCN5, CLCNKB, CLDN16, CLDN19, CYP24A1, FAM20A, FOXI1, GPHN, GRHPR, HOGA1, HPRT1, KCNJ1, MOCOS, MOCS1, MOCS2A, MOCS2B, OCRL, PEX6, PREPL, SLC2A9, SLC3A1, SLC4A1, SLC7A9, SLC9A3R1, SLC12A1, SLC22A12, SLC26A1, SLC34A1, SLC34A3, UMOD, XDH, VDR

**NOTA:** A presença ou ausência de todas as variantes identificadas no probando para o(s) gene(s) solicitados serão comentadas no relatório deste paciente.

Ao assinar este formulário, o médico reconhece que o indivíduo ou o familiar autorizado a tomar decisões pelo indivíduo (coletivamente, o "Paciente") recebeu informações sobre o teste genético e consentiu em submeter-se ao referido teste, bem como leu e assinou o Termo de Consentimento do Paciente para o Teste Genético Patrocinado. O médico enviará este Consentimento assinado ao Fleury juntamente com a amostra do Paciente para análise. Em relação ao Programa Alynlam Act®, o Paciente foi informado de que o Fleury poderá notificá-lo a respeito de atualizações clínicas relacionadas aos resultados dos testes genéticos (após consultar o médico solicitante conforme indicado). O médico garante que não solicitará reembolso por este teste gratuito de nenhum terceiro, inclusive, entre outros, dos programas de saúde federais. O médico, por este instrumento, declara ainda que as informações de contato da organização e do clínico fornecidas no pedido poderão ser compartilhadas com terceiros patrocinadores do Programa Alynlam Act® e que tais terceiros podem contatar diretamente o médico em relação ao Programa. O médico não tem nenhuma obrigação de solicitar nem de recomendar produtos que possam ser disponibilizados por terceiros patrocinadores. 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®. O Paciente foi informado de que suas informações pessoais e 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](http://www.alnylampolicies.com/pt-br/privacy)) e Política de Privacidade do Fleury (<https://www.fleury.com.br/portal-de-privacidade>). Além das informações acima, declaro que, de acordo com a lei aplicável, estou autorizado a solicitar este teste.

Assinatura e carimbo do médico solicitante (obrigatórios):

Data (DD/MM/AAAA):