



Este formulário de requisição é destinado às solicitações de teste genético do programa **Aplylam Act® Genético para Amiloidose hATTR**, um programa de teste patrocinado para doenças genéticas trazido até você pela **Aplylam 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 alplylam@grupofleury.com.br com as seguintes informações: *(Funcionários da Aplylam não devem ser copiados na comunicação por e-mail com o Fleury)*

- | | |
|--|---|
| a. Assunto: "Coleta de amostra Programa Aplylam Act" | d. Endereço completo com CEP para a retirada do kit |
| b. Número de amostras | e. Telefone de contato |
| c. Nome e CRM/UF do médico solicitante | |

5. O Fleury fornecerá detalhes adicionais para a retirada da(s) amostra(s).

CRITÉRIOS PARA ELEGIBILIDADE

PROGRAMA ALNYLAM ACT® GENÉTICO (AMILOIDOSE hATTR)

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.

O paciente deve ter 18 anos ou mais E ter suspeita diagnóstica de amiloidose hATTR com um ou mais dos seguintes sinais e sintomas. Assinale todos os que se aplicam:

- Antecedentes familiares de amiloidose hATTR
- Neuropatia sensitiva e/ou motora (ex.: dor neuropática, hipoestesia, parestesia, fraqueza muscular, comprometimento do equilíbrio, dificuldade para deambular)
- Alterações oculares (ex.: visão turva, cegueira, olhos secos, glaucoma, distúrbios do campo visual, descolamento de retina)
- Disfunção autonômica (ex.: náusea e vômito, alterações gastrointestinais [diarreia, constipação, gastroparesia, saciedade precoce], hipotensão ortostática [desmaio e tontura ao se levantar], disfunção sexual, disfunção vesical)
- Síndrome do túnel do carpo bilateral
- Estenose espinhal ou radiculopatia espinhal
- Biópsia positiva para amiloide
- Cardiopatia (ex.: falta de ar, edema, palpitações, arritmias, distúrbios de condução, insuficiência cardíaca, imagem cardíaca anormal [ecocardiograma, RM ou tecnécio])
- Captação cardíaca nas paredes ventriculares (confirmada por SPECT) de radiotraçadores ósseos com intensidade grau 2 ou 3 de Perugini e relação da área cardíaca/área contralateral do tórax $\geq 1,5$
- Problemas renais (ex.: insuficiência renal e/ou proteinúria)
- Outro (deve ser mencionado quando assinalado): _____

**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.

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® (AMILOIDOSE hATTR)

Selecione abaixo apenas UMA das opções de teste:

Nome do teste	Nº de genes	Lista de genes
<input type="radio"/> Pannel de Neuropatias	98	AARS (AARS1), AIFM1, APOA1, ASAH1, ATL1, ATL3, ATP1A1, ATP7A, BAG3, BICD2, BSCL2, CHCHD10, COX6A1, CYP27A1, CYP7B1, DCTN1, DHTKD1, DNAJB2, DNM2, DNMT1, DRP2, DST, DYNC1H1, EGR2, ELP1, EXOSC9, FBLN5, FBXO38, FGD4, FIG4, GAN, GARS (GARS1), GDAP1, GJB1, GLA, GNB4, GSN, HARS (HARS1), HEXA, HINT1, HMBS, HSPB1, HSPB8, IGHMBP2, INF2, KIF1A, KIF5A, LITAF, LMNA, LRSAM1, MARS, MCM3AP, MED25, MFN2, MME, MORC2, MPZ, MTMR2, NDRG1, NEFH, NGF, NT RK1, PDK3, PLEKHG5, PMP2, PMP22, POLG, POLG2, PRPS1, PRX, RAB7A, REEP1, RETREG1, SBF1, SBF2, SCN11A, SCN9A, SEPT9 (SEPTIN9), SH3TC2, SIGMAR1, SLC12A6, SLC25A46, SLC52A2, SLC52A3, SLC5A7, SPG11, SPTLC1, SPTLC2, SURF1, TFG, TRIM2, TRPV4, TTR, UBA1, VAPB, VRK1, WNK1, YARS (YARS1)
<input type="radio"/> Pannel de Cardiomiopatis	77	ABCC9, ACADVL, ACTC1, ACTN2, AGL, ALMS1, ALPK3, BAG3, BRAF, CACNA1C, CBL, CPT2, CRYAB, CSRP3, DES, DMD, DNAJC19, DOLK, DSC2, DSG2, DSP, ELAC2, EYA4, FHL1, FKRP, FKTN, FLNC, GAA, GLA, HCN4, HRAS, JUP, KRAS, LAMP2, LMNA, LZTR1, MAP2K1, MAP2K2, MRAS, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, MYLK3, NF1, NRAS, PCCA, PLN, PPCS, PP1CB, PRKAG2, PTPN11, RAF1, RASA1, RBM20, RIT1, RYR2, SCN5A, SDHA, SGCD, SHOC2, SLC22A5, SOS1, SOS2, SPRED1, TBX20, TCAP, TMEM43, TMEM70, TNNC1, TNNI3, TNNI3K, TNNT2, TPM1, TTN, TTR, VCL
<input type="radio"/> Sequenciamento do gene TTR	1	TTR

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 Alnylam 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 Alnylam 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) 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):