

## Alylam Act® Bioquímico – Formulário para Hiperoxalúria Primária

Este formulário de requisição deverá ser usado para enviar uma solicitação de teste por meio do Alylam Act® Bioquímico, programa de testes bioquímicos oferecido pela *Alylam Pharmaceuticals* com suporte do Laboratório DASA.

**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 [psp.pesquisa@dasa.com.br](mailto:psp.pesquisa@dasa.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 do Laboratório DASA a como proceder para a realização dos exames.

### 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 deve apresentar (selecione PELO MENOS UM):

História familiar de hiperoxalúria primária

Adulto (> 18 anos) com PELO MENOS UM dos critérios (assinalar todos que estiverem presentes):

Função renal comprometida sem etiologia definida

Nefrocalcinose

Nefrolitíase recorrente ou bilateral

História de oxalato urinário ou plasmático elevados

Criança (< 18 anos) com PELO MENOS UM dos critérios (assinalar todos que estiverem presentes):

Função renal comprometida sem etiologia definida

Nefrocalcinose

Nefrolitíase e atraso no crescimento

História de oxalato urinário ou plasmático elevados

Nefrolitíase recorrente ou bilateral

#### Informações do médico solicitante:

Nome:	CRM:	E-mail:	Tel:
Instituição:			

#### Informações do paciente:

Nome:	Data de nascimento:
E-mail:	Tel:
Cidade/UF/Bairro de preferência para a realização do exame:	Data preferencial para realizar o exame (DD/MM/AAAA):

#### SOLICITAÇÃO DE EXAME BIOQUÍMICO PARA INVESTIGAÇÃO DE HIPEROXALÚRIA (SELECIONE UM):

Exame quantitativo de <u>oxalato em amostra de urina 24 horas</u> para investigação de hiperoxalúria	Exame quantitativo de <u>oxalato em amostra de urina isolada</u> (indicado para pacientes impossibilitados de realizar coleta de urina de 24 horas)	Exame quantitativo de <u>oxalato plasmático</u> (indicado para pacientes com comprometimento da função renal)
	Justificativa:	Justificativa:

TESTE	METODOLOGIA
Ácido oxálico (oxalato), quantitativo em urina de 24 horas	HPLC (CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA PERFORMANCE)
Ácido oxálico (oxalato), quantitativo em amostra de urina isolada	ENZIMÁTICO – COLORIMÉTRICO
Ácido oxálico (oxalato), quantitativo no plasma	HPLC (CROMATOGRAFIA LÍQUIDA DE ALTA PERFORMANCE)

#### Paciente internado em uma unidade médica ou incapacitado de se dirigir ao laboratório:

Não Sim

Ao enviar este formulário para o Laboratório DASA ([psp.pesquisa@dasa.com.br](mailto:psp.pesquisa@dasa.com.br)), 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 Alylam Act® Bioquímico, o Paciente foi informado de que o laboratório DASA 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, 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 Alylam Act® Bioquímico 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 Alylam 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 Alylam ([www.alnylampolicies.com/pt-br/privacy](http://www.alnylampolicies.com/pt-br/privacy)) e Política de Privacidade do Laboratório DASA (<https://dasa.com.br/portal-de-privacidade>). Além das informações acima, o Médico declara que, de acordo com a lei aplicável, está autorizado a solicitar este teste.