

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* 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 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 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):

História familiar de porfíria hepática aguda;

História de níveis elevados (acima do limite superior da normalidade) de porfobilinogênio (PBG) ou ácido aminolevulínico (ALA) na urina;

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:

Urina vermelha a marrom-escura

Lesões cutâneas bolhosas nas áreas expostas ao sol

Manifestações do sistema nervoso periférico associadas à dor abdominal (ou seja, neuropatia motora [paresia], neuropatia sensitiva [dormência, formigamento, dor nos membros])

Manifestações do sistema nervoso central associadas a dor abdominal (ou seja, confusão mental, ansiedade, convulsões, alucinações)

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:	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):

INVESTIGAÇÃO DE PORFÍRIA HEPÁTICA AGUDA (SELECIONE PELO MENOS UM):

Ácido delta-aminolevulínico (ALA – exame quantitativo em amostra de urina isolada)	Porfobilinogênio (PBG – exame qualitativo em amostra de urina isolada)	Exceção: Porfobilinogênio (PBG – exame quantitativo em amostra de urina de 24 horas)
		Justificativa:

TESTE

METODOLOGIA

Ácido delta-aminolevulínico (ALA), quantitativo em urina isolada	ESPECTROFOTOMETRIA
Porfobilinogênio (PBG), qualitativo em urina isolada	COLORIMÉTRICO
Porfobilinogênio (PBG), quantitativo em urina de 24 horas	COLORIMÉTRICO

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

Não Sim

* O processo de coleta domiciliar/hospitalar da amostra de urina do paciente para análise do PBG não poderá ser realizado em virtude da baixa estabilidade da amostra.

Ao enviar este formulário para o Laboratório DASA (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 Alnylam 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 Alnylam 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 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) 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.