



Este formulário de requisição é destinado às solicitações de teste genético do programa **Alnylam Act® Genético para Amiloidose hATTR**, um programa de apoio ao diagnóstico de doenças genéticas patrocinado e 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 com a etiqueta e coloque-o dentro da caixa do kit.
3. Coloque o formulário preenchido dentro da caixa do kit juntamente com o termo de consentimento assinado.
4. Solicite a retirada do kit para análise da amostra através do e-mail 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"	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).
6. O resultado do teste será liberado dentro de 30 dias a partir da chegada da amostra para análise e poderá ser acessado em: <https://resultados.fleury.com.br/medico>

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.

CRITÉRIOS PARA ELEGIBILIDADE

O indivíduo deve ter 18 anos ou mais e atender aos critérios de elegibilidade (SELEÇÃO DE TODOS QUE SE APLICAM).

Pacientes com PELO MENOS UM critério de alta suspeita de hATTR:

- Antecedentes familiares de amiloidose hATTR
- Biópsia positiva para amiloide
- 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 $\geq 1,5$

O teste genético está sendo realizado para determinar se o paciente é acometido por ATTR do tipo selvagem ou ATTR hereditária?

Sim Não

E/OU

Pacientes com PELO MENOS DOIS dos critérios de suspeita de hATTR abaixo:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neuropatia sensitiva e/ou motora (ex.: dor neuropática, hipoestesia, parestesia, fraqueza muscular, comprometimento do equilíbrio, dificuldade para deambular) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Alterações oculares (ex.: visão turva, cegueira, olhos secos, glaucoma, distúrbios do campo visual, descolamento de retina) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiopatia (ex.: falta de ar, edema, palpitações, arritmias, distúrbios de condução, insuficiência cardíaca, imagem cardíaca anormal [ecocardiograma, RM ou tecnicípio]) <input type="checkbox"/> Síndrome do túnel do carpo bilateral <input type="checkbox"/> Estenose espinhal ou radiculopatia espinhal <input type="checkbox"/> Problemas renais (ex.: insuficiência renal e/ou proteinúria) |
|---|--|



TESTE DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR GENE-ESPECÍFICO

Para até 6 familiares de participantes do programa que receberam um laudo reportando a presença de **variante(s) patogênica(s)** ou **provavelmente patogênica(s)**, que desejam receber o teste de acompanhamento familiar gene-específico. Essa avaliação será conduzida apenas em gene(s) do participante índice do programa onde foi/foram reportada(s) variante(s) patogênica(s) ou provavelmente patogênica(s), sem custo adicional. Os familiares que desejam ser testados não precisam necessariamente atender aos critérios de elegibilidade mencionados acima, exceto serem maiores de 18 anos. **O laudo do participante índice do programa precisa obrigatoriamente ser impresso e anexado dentro da caixa do kit juntamente com este formulário preenchido.**

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

Type de Kit: <input type="radio"/> Swab Bucal <input type="radio"/> Sangue	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)

Nome do teste	Nº de genes	Lista de genes
<input type="radio"/> Sequenciamento do gene TTR	1	TTR

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.alnlylamps.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):