

Formulario de Inicio



- ▶ Antes de enviar el Formulario de Inicio a Alnylam Assist™, se requieren las firmas del paciente y del médico que receta
- ▶ **Los pacientes a los que actualmente se les receta un medicamento de Alnylam que están inscritos en Alnylam Assist no necesitan completar las Secciones 1 a 5**

Para los Pacientes Inscripción en Alnylam Assist

(Las secciones 1 a 5 deben ser leídas y completadas por el **Paciente** o el **Representante Autorizado del Paciente**)

El objetivo de este formulario es permitir que los participantes de Alnylam Assist reciban información adicional y apoyo (“Servicio de Apoyo al Paciente”) por parte de Alnylam Pharmaceuticals, Inc., sus filiales, representantes, agentes y contratistas (“Alnylam”). Alnylam Assist brinda el Servicio de Apoyo al Paciente para los pacientes elegibles a los que les haya recetado un medicamento de Alnylam. Esto incluye lo siguiente: (1) proporcionar reembolsos y apoyo financiero para pacientes elegibles (como investigar la cobertura de su seguro, confirmar los gastos de bolsillo y revisar la elegibilidad para recibir asistencia financiera); (2) colaborar con usted y su proveedor para surtir su receta; y (3) brindarle recursos educativos y comunicaciones relacionados a enfermedades y medicamentos. Su autorización en este formulario se relacionará con la información y con el apoyo con respecto a cualquier medicamento de Alnylam que se le haya recetado o que se le recete en el futuro.

Lea este formulario detenidamente y haga cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar.

1. Información del paciente

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año	Correo electrónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Se pueden dejar correos de voz	Número de teléfono alternativo (si está disponible): <input type="checkbox"/> Se pueden dejar correos de voz	
Nombre del cuidador (opcional):	Relación del cuidador con el paciente (opcional):	Teléfono del cuidador (opcional): <input type="checkbox"/> Se pueden dejar correos de voz
Correo electrónico del cuidador (opcional):	¿Requiere traducción? <input type="checkbox"/> Sí, se necesita traducción <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el idioma:	

2. Información del seguro

Adjunte una copia de ambos lados de sus tarjetas de SEGURO médico y RECETAS médicas
 Marque si no tiene seguro

Proveedor de seguro principal :	Nombre del empleador:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Nombre del titular de la póliza (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: Mes/Día/Año	Teléfono del seguro:		
Proveedor del plan de farmacia (si corresponde):	Número de póliza:	Número de grupo:	Número de Rx Bin:	Número de Rx PCN:
Nombre del titular de la póliza (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: Mes/Día/Año	Teléfono del seguro:		
Proveedor de seguro secundario (si corresponde):	Nombre del empleador:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Nombre del titular de la póliza (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: Mes/Día/Año	Teléfono del seguro:		

▶ Continúe a la página 2 para completar la parte del paciente del Formulario de Inicio

Consulte la **Información Importante de Seguridad** en la página 4 y la **Información de Prescripción** completa.



Formulario de Inicio



3. Autorización para compartir información médica protegida

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, incluidos mis médicos y farmacias (“Mis Proveedores”) y a mi plan de seguro médico (“Mi Plan”) a compartir mi información médica (como información sobre mi diagnóstico, recetas y tratamiento) y mi información de seguro (“Mi Información”) con Alnylam para que Alnylam pueda brindar el Servicio de Apoyo al Paciente. Autorizo a Mis Proveedores a utilizar Mi Información para que me brinden ciertas ofertas relacionadas con mi tratamiento y cualquier medicamento de Alnylam que Mis Proveedores puedan receten en cualquier momento. Comprendo que mi farmacia recibirá un pago por parte de Alnylam por divulgar Mi Información a Alnylam. Comprendo que una vez que Mi Información se divulgue, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información. Sin embargo, comprendo que Alnylam acepta proteger Mi Información usándola y divulgándola solo para los fines descritos en esta Autorización o según lo requiera la ley. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento, mi inscripción en el seguro y mi elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a la firma de esta Autorización.

También comprendo, sin embargo, que negarme a firmar esta Autorización significa que no podré participar en Alnylam Assist™ y que no podré aprovechar otras ofertas de Alnylam. Puedo cancelar o revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta al Funcionario de Privacidad de Alnylam, Attn: Legal Department, 675 West Kendall Street, Cambridge, MA 02142 o enviando un correo electrónico a privacy@alnylam.com. Comprendo que si revoco esta Autorización, Mis Proveedores y Alnylam dejarán de usar y compartir Mi Información conforme a esta Autorización, pero mi revocación no afectará los usos y las divulgaciones de Mi Información antes de mi revocación en función de esta Autorización.

Esta Autorización expira diez (10) años después de la fecha firmada a continuación, o antes si así lo requiere la ley estatal o local, a menos que yo la revoque antes de esa fecha. Comprendo que puedo recibir una copia de esta Autorización.

Nombre del paciente o del representante autorizado del paciente, en letra de imprenta	X Firma del paciente o del representante autorizado del paciente
Relación con el paciente	Fecha

4. Autorización para Alnylam Assist y las comunicaciones

Al firmar a continuación, confirmo que me gustaría inscribirme en el programa Alnylam Assist y autorizo a Alnylam a que me proporcione Apoyo al Paciente. Comprendo que Alnylam Assist es un programa opcional.

Acepto que Alnylam pueda usar Mi Información y compartirla con Mis Proveedores o Mi Plan en relación con la prestación del Servicio de Apoyo al Paciente, la administración del programa Alnylam Assist o según lo requiera Alnylam para cumplir con sus obligaciones legales. Por ejemplo, Alnylam puede comunicarse conmigo (tales como, por correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto) o con mi cuidador, usar Mi Información para adaptar las comunicaciones relacionadas con Alnylam Assist a mis necesidades y compartir información con Mis Proveedores sobre la dispensación del medicamento de Alnylam a mí. Comprendo que Alnylam puede anonimizar Mi Información, combinarla con información sobre otros pacientes y utilizar la información resultante para los propósitos comerciales de Alnylam.

Nombre del paciente o del representante autorizado del paciente, en letra de imprenta	X Firma del paciente o del representante autorizado del paciente
Relación con el paciente	Fecha

5. Suscripción para recibir comunicaciones de marketing (opcional)

- Al marcar esta casilla, autorizo a Alnylam, y a las compañías que trabajan con Alnylam, a contactarme por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono con relación a comunicaciones de marketing y promocionales, encuestas a clientes o para realizar estudios de mercado. **Comprendo que no estoy en obligación de proporcionar este consentimiento como condición para recibir cualquier medicamento o servicio de Alnylam.**

Consulte la [Información Importante de Seguridad](#) en la página 4 y la [Información de Prescripción](#) completa.



Formulario de Inicio

Para los Proveedores de Atención Médica



(Las secciones 6 a 8 deben ser leídas y completadas por el **Proveedor de Atención Médica**)

6. Información de la persona que receta

Nombre (primer nombre, apellido):		Nombre del consultorio/clínica/institución:		Especialidad:	
Dirección del consultorio/clínica/institución:			Ciudad:		Estado:
Código postal:	Teléfono:	Fax:	N.º de Id. de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI):	N.º de licencia estatal:	N.º de identificación fiscal:
Nombre de contacto del consultorio:			Teléfono:		Correo electrónico:
Adquisición del producto: <input type="checkbox"/> Farmacia especializada: <input type="checkbox"/> Accredo Health Group Inc. <input type="checkbox"/> CVS Specialty <input type="checkbox"/> Orsini <input type="checkbox"/> PANTHERx <input type="checkbox"/> Sin preferencia <input type="checkbox"/> Distribuidor especializado (McKesson Specialty or McKesson Plasma and Biologics) <input type="checkbox"/> Desconocido					Fecha prevista del primer tratamiento:

7. Receta de AMVUTTRA® (vutrisirán) (Esta es una receta; se requiere la firma del médico que receta y la fecha.)

Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento del paciente: Mes/Día/Año:	
Código de diagnóstico principal:			
Inyección de AMVUTTRA para uso subcutáneo: 25 mg/0.5 ml	<input type="checkbox"/> AMVUTTRA (vutrisirán) 25 mg mediante inyección subcutánea una vez cada 3 meses	Cantidad: <input type="checkbox"/> Una jeringa precargada	Renovaciones: <input type="checkbox"/> Reposición x 3 <input type="checkbox"/> Otro

¿Tiene alguna alergia conocida? Sí No Si responde sí, indique:

Indique o adjunte una lista de los medicamentos concomitantes:

Instrucciones especiales:

Confirmando que a mi paciente se le ha recetado AMVUTTRA para el tratamiento de amiloidosis hereditaria por transtiretina con polineuropatía en adultos

Autorizo a Alnylam a actuar en mi nombre con el propósito limitado de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente. Cumpliré mis requisitos de receta específicos del estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el idioma de fax, etc.

X

Firma del médico que receta (sin sellos) Dispensar según lo escrito

Fecha

X

Firma del médico que receta (sin sellos) Sustitución permitida

Fecha

Centro de atención deseado

- Inyección en el hogar (consulte la dirección particular del paciente) Consultorio del médico (consulte la dirección del consultorio del proveedor)
 Centro médico alternativo (proporcione el nombre y la dirección del centro) Centro a domicilio (primera dosis en la institución; el resto en el hogar)

Nombre/dirección del centro

▶ Continúe a la página 4 para completar la parte del médico que receta del Formulario de Inicio

Consulte la **Información Importante de Seguridad** en la página 4 y la **Información de Prescripción** completa.



8. Declaración del médico que receta

Al firmar a continuación, certifico que:

- ▷ La información contenida en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender
- ▷ Comprendo que, Alnylam no es responsable de presentar reclamaciones o de enviar otra información a la aseguradora de mi paciente y que la información proporcionada por Alnylam Assist™ es de naturaleza educativa
- ▷ Comprendo que mi paciente puede autorizar a Alnylam Assist a brindar Servicio de Apoyo al Paciente. Comprendo que este programa no incluye tratamiento individual ni consejo médico para el paciente, y no reemplaza el tratamiento y la atención médica que proporcioné como proveedor de atención médica del paciente
- ▷ Además, certifico que entiendo que cualquier ayuda proporcionada por Alnylam Assist en nombre de cualquier paciente no se realiza a cambio de ningún acuerdo o entendimiento expreso o implícito de que recomendaría, recetaría o usaría AMVUTTRA® (vutrisirán) o cualquier otro producto de Alnylam, y cualquier decisión de recetar AMVUTTRA se basó, y en el futuro se basará, únicamente en mi determinación de necesidad médica
- ▷ He obtenido las autorizaciones requeridas de mi paciente para divulgar la información médica referenciada u otra información del paciente relacionada con el tratamiento de mi paciente a Alnylam Assist

X

Firma del médico que receta (no se aceptan sellos)

Fecha

Indicación

AMVUTTRA® (vutrisirán) está indicado para el tratamiento de la amiloidosis hereditaria por transtiretina con polineuropatía en adultos.

Información importante de seguridad

Reducción de los niveles séricos de vitamina A y la aporte complementario recomendado

El tratamiento de AMVUTTRA produce disminución de los niveles séricos de vitamina A. Se aconseja la complementación con la cantidad diaria recomendada (recommended daily allowance, RDA) de vitamina A para los pacientes que reciben AMVUTTRA. No se deben dar dosis más altas que la RDA con el fin de lograr niveles séricos normales de vitamina A durante el tratamiento con AMVUTTRA, dado que los niveles séricos de vitamina A no reflejan el total de vitamina A en el cuerpo.

Se debe derivar a los pacientes a un oftalmólogo si presentan síntomas oculares que sugieran deficiencia de vitamina A (p. ej., ceguera nocturna).

Reacciones adversas

Las reacciones adversas más frecuentes que se produjeron en los pacientes tratados con AMVUTTRA fueron dolor en las extremidades (15 %), artralgia (11 %), disnea (7 %) y disminución de la vitamina A (7 %).

Para obtener información adicional sobre AMVUTTRA, consulte la Información de Prescripción completa.

Envíe por fax el Formulario de Inicio completado al 1-833-256-2747

Llame a Alnylam Assist al 1-833-256-2748 de 8 a. m. a 6 p. m. hora, de lunes a viernes

Para obtener más información, visite www.AlnylamAssist.com