

Formulário de Início

- ▶ Antes de enviar o Formulário de Início para o Alnylam Assist®, são necessárias as assinaturas do paciente e do prescriptor
- ▶ **Pacientes que atualmente têm um medicamento da Alnylam prescrito e que estão inscritos no Alnylam Assist não precisam preencher as Seções 1 a 4**

Para os pacientes

Inscrição no Alnylam Assist

(As seções 1 a 4 devem ser lidas e preenchidas pelo **Paciente** ou **Representante Autorizado do Paciente**)

O propósito deste formulário é permitir que os participantes do Alnylam Assist recebam informações e suporte adicional (“Suporte ao Paciente”) da Alnylam Pharmaceuticals, Inc., suas afiliadas, representantes, agentes e contratados (“Alnylam”). Alnylam Assist fornece Suporte ao Paciente a pacientes elegíveis que receberam prescrição de um medicamento da Alnylam. Isso inclui: (1) fornecimento de reembolso e apoio financeiro a pacientes elegíveis (como investigação da sua cobertura de seguro, confirmação de despesas extras e análise de elegibilidade para ajuda financeira); (2) assistência a você e seu médico no preenchimento de sua prescrição; (3) fornecimento de recursos e comunicações educativas relacionadas à doença e ao medicamento e (4) contato com você para participar nos painéis de pesquisa sobre a doença ou pesquisas de mercado relacionadas ao medicamento. Sua autorização neste termo se relacionará a informações e apoio com relação a qualquer medicamento da Alnylam que tenha sido prescrito a você, ou venha a ser prescrito no futuro.

Leia este formulário com atenção e esclareça quaisquer dúvidas que você possa ter antes de assinar.

1. Informações do paciente

Nome (nome, inicial do segundo nome, sobrenome):

Data de nascimento: Mês/Dia/Ano		E-mail:	
Endereço:			
Cidade:		Estado:	CEP:
Número de telefone preferencial: Pode deixar mensagem de voz		Número de telefone alternativo (se houver): Pode deixar mensagem de voz	
Nome do cuidador (opcional):	Relação do cuidador com o paciente (opcional):	Telefone do cuidador (opcional): Pode deixar mensagem de voz	
E-mail do cuidador (opcional):		Precisa de tradução? Sim, tradução necessária Não Em caso positivo, indique o idioma:	

2. Informações do convênio

Anexe uma cópia dos dois lados dos seus cartões de CONVÊNIO médico e da PRESCRIÇÃO
Marque caso você não tenha convênio

Provedor de seguro principal :	Nome do empregador:	Número da apólice:		Número do grupo:
Nome do titular da apólice (nome, inicial do segundo nome, sobrenome), caso não seja o próprio paciente:		Data de nascimento do titular da apólice: Mês/Dia/Ano		Telefone do convênio:
Provedor do plano farmacêutico (se aplicável):	Número da apólice:	Número do grupo:	Número Rx Bin:	Número Rx PCN:
Nome do titular da apólice (nome, inicial do segundo nome, sobrenome), caso não seja o próprio paciente:		Data de nascimento do titular da apólice: Mês/Dia/Ano		Telefone do convênio:
Provedor do seguro secundário (se aplicável):	Nome do empregador:	Número da apólice:		Número do grupo:
Nome do titular da apólice (nome, inicial do segundo nome, sobrenome), caso não seja o próprio paciente:		Data de nascimento do titular da apólice: Mês/Dia/Ano		Telefone do convênio:

▶ Vá para a página 2 para completar a parte do paciente do Formulário de Início

Consulte as **Informações Importantes de Segurança** na página 4 e as **Informações para Prescrição** completas.

Formulário de Início



3. Autorização para compartilhamento de Informações de Saúde Protegidas

Ao assinar abaixo, eu autorizo meus provedores de serviços de saúde, incluindo meus médicos e farmácias (“Meus Provedores”) e meu plano de convênio de saúde (“Meu Plano”), a compartilharem minhas informações médicas (como informações sobre meu diagnóstico, prescrições e tratamento) e informações sobre meu convênio (“Minhas Informações”) com a Alnylam, para que a Alnylam possa fornecer Suporte ao Paciente. Autorizo Meus Provedores a usar Minhas Informações para me fazer certas ofertas relacionadas ao meu tratamento e a qualquer medicamento da Alnylam que Meus Provedores possam me prescrever a qualquer momento. Eu entendo que minha farmácia receberá o pagamento da Alnylam pela divulgação das Minhas Informações para a Alnylam. Eu entendo que, assim que Minhas Informações forem divulgadas, as leis de privacidade federais poderão deixar de proteger tais informações. No entanto, eu entendo que a Alnylam concorda em proteger Minhas Informações por meio de uso e divulgação dessas informações somente para os fins descritos nesta Autorização ou conforme exigido por lei. Eu entendo que posso me recusar a assinar essa Autorização, e que meu tratamento, inscrição no seguro e elegibilidade para os benefícios do convênio não se vinculam à minha assinatura nesta Autorização.

No entanto, eu entendo também que me recusar a assinar esta Autorização significa que eu não poderei participar do Alnylam Assist® e não poderei me beneficiar de outras ofertas da Alnylam. Eu posso cancelar ou revogar esta Autorização a qualquer momento enviando uma correspondência ao Diretor de Privacidade da Alnylam, aos cuidados de: Legal Department, 675 West Kendall Street, Cambridge, MA 02142, ou enviando um e-mail para privacy@alnylam.com. Eu entendo que, se eu revogar esta Autorização, Meus Provedores e a Alnylam cessarão o uso e compartilhamento de Minhas Informações nos termos desta Autorização, porém minha revogação não afetará os usos e divulgações das Minhas Informações anteriores à minha revogação, conforme esta Autorização.

Esta Autorização irá expirar após dez (10) anos a partir da data indicada abaixo, ou antes, caso seja exigido por lei estadual ou local, exceto se eu a revogar antes disso. Eu entendo que tenho o direito de receber uma cópia desta Autorização.

Para mais informações sobre como seus dados pessoais são processados como parte do nosso programa, acesse www.alnylampolicies.com/privacy.

Escreva em letras de forma o nome forma do Paciente ou do Representante Autorizado do Paciente

Relação com o Paciente

X

Assinatura do Paciente ou do Representante Autorizado do Paciente

Data

4. Autorização para Alnylam Assist e Comunicações

Ao assinar abaixo, eu confirmo que gostaria de me inscrever no programa Alnylam Assist e autorizar a Alnylam a me fornecer Suporte ao Paciente. Eu entendo que o Alnylam Assist é um programa opcional.

Eu estou de acordo com o fato de que a Alnylam pode usar Minhas Informações e compartilhá-las com Meus Provedores ou Meu Plano, em conexão com o fornecimento de Suporte ao Paciente, a administração do programa Alnylam Assist ou conforme for exigido de outra forma pela Alnylam de modo a cumprir obrigações legais. Por exemplo, a Alnylam pode se comunicar comigo (seja por correspondência, telefone, e-mail, e/ou mensagem de texto) ou com meu cuidador, usar Minhas Informações para personalizar as comunicações relacionadas ao Alnylam Assist de acordo com minhas necessidades e compartilhar informações com Meus Provedores sobre a dispensação do medicamento da Alnylam a mim. Eu entendo que a Alnylam pode remover a identificação das Minhas Informações, combiná-la com informações de outros pacientes e usar as informações resultantes para fins de negócios da Alnylam.

Escreva em letras de forma o nome forma do Paciente ou do Representante Autorizado do Paciente

Relação com o Paciente

X

Assinatura do Paciente ou do Representante Autorizado do Paciente

Data

Consulte as **Informações Importantes de Segurança** na página 4 e as **Informações para Prescrição** completas.



Formulário de Início Para Provedores de Serviços de Saúde



(As seções 5 a 7 devem ser lidas e preenchidas por um **Provedor de Serviços de Saúde**)

5. Informações do Prescritor

Nome (nome, sobrenome):			Nome do consultório/clínica/instituição:			Especialidade:		
Endereço do consultório/clínica/instituição:					Cidade:		Estado:	
CEP:	Telefone:	Fax:	Nº do ID do Provedor Nacional (National Provider ID, NPI):	Número da licença estadual:		Número de identificação fiscal:		
Nome do contato do consultório:			Telefone:		E-mail:			
Aquisição do produto:						Data prevista para o primeiro tratamento:		
Farmácia de Especialidades: Accredo Health Group Inc. CVS Specialty Orsini PANTHERx Não tenho preferência								
Distribuidor de especialidades (McKesson Specialty ou McKesson Plasma and Biologics)								
Desconhecido								

6. Prescrição de AMVUTTRA® (vutrisiran) (Isso é uma prescrição; são exigidas a assinatura do prescritor e a data.)

Nome do paciente (nome, nome do meio, sobrenome):			Data de nascimento do paciente: Mês/Dia/Ano:		
Código de diagnóstico primário:					
Injeção de AMVUTTRA para uso subcutâneo, 25 mg/0,5 ml	AMVUTTRA (vutrisiran) 25 mg via injeção subcutânea uma vez a cada 3 meses		Quantidade: Uma seringa pré-carregada		Refis: Refil x 3 Outro
	Alguna alergia conhecida? Sim Não Em caso afirmativo, indique quais:				

Liste ou anexe uma lista de medicamentos concomitantes:

Instruções especiais:

Eu confirmo que meu paciente recebeu prescrição de AMVUTTRA para o tratamento de polineuropatia da amiloidose hereditária mediada por transtirretina em adultos

Eu autorizo a Alnylam a agir em meu nome com o objetivo limitado de transmitir essa prescrição à farmácia apropriada. Eu cumprirei meus requisitos de prescrição específicos do estado, como prescrição eletrônica, formulário de prescrição específico do estado, idioma do fax, etc.

X	Assinatura do prescritor (sem carimbo) Conforme Escrito	Data
X	Assinatura do prescritor (sem carimbo) Substituição Permitida	Data

Local de assistência desejado

Injeção domiciliar (veja o endereço residencial do paciente)	Instalação médica alternativa (fornecer nome e endereço do consultório do provedor)
Unidade médica alternativa (fornecer nome e endereço da unidade)	Instalação e casa (primeira dose na instalação; restante em casa)
Nome/endereço da instalação	

► Procurando um centro local de tratamento onde seu paciente possa receber AMVUTTRA?
Acesse: www.amvuttrahcp.com/treatment-center-directory para pesquisar sobre os centros de tratamento próximos ao seu paciente

► Vá para a página 4 para completar a parte do médico do Formulário de Início

Consulte as **Informações Importantes de Segurança** na página 4 e as **Informações para Prescrição** completas.



7. Declaração do prescritor

Ao assinar abaixo, eu declaro que:

- ▶ Tanto quanto é do meu conhecimento, as informações contidas neste formulário são completas e precisas
- ▶ Eu entendo que a Alnylam não é responsável por apresentar solicitações de reembolso ou enviar outras informações ao convênio do meu paciente, e que as informações fornecidas pelo Alnylam Assist[®] são de caráter educativo
- ▶ Eu entendo que meu paciente pode autorizar o Alnylam Assist a fornecer Suporte ao Paciente. Eu entendo que esse programa não inclui tratamento individual ou aconselhamento médico ao paciente, nem substitui o tratamento e os cuidados médicos fornecidos por mim na condição de provedor de serviços de saúde do paciente
- ▶ Declaro, também, que eu entendo que qualquer apoio fornecido pelo Alnylam Assist em nome de qualquer paciente não é oferecido em troca de nenhum acordo ou entendimento, expresso ou implícito, de que eu recomendaria, prescreveria ou usaria AMVUTTRA[®] (vutrisiran) ou qualquer outro produto da Alnylam, e qualquer decisão de prescrever AMVUTTRA foi, e será no futuro, baseada exclusivamente em minha deliberação quanto à necessidade médica
- ▶ Eu obtive as devidas autorizações do meu paciente para compartilhar com o Alnylam Assist as informações médicas referenciadas e/ou de outro tipo do meu paciente referentes ao seu tratamento

X

Assinatura do prescritor (carimbos não são aceitos)

Data

Indicação

O AMVUTTRA é indicado para o tratamento da polineuropatia da amiloidose hereditária mediada por transtirretina em adultos.

Informações de Segurança Importantes

Redução dos níveis séricos de vitamina A e suplementação recomendada

O tratamento com AMVUTTRA leva a uma diminuição nos níveis séricos de vitamina A. A suplementação na dosagem diária recomendada (DDR) de vitamina A é indicada para pacientes tratados com AMVUTTRA. Doses mais elevadas do que a DDR não devem ser administradas para tentar alcançar níveis séricos normais de vitamina A durante o tratamento com AMVUTTRA, já que os níveis séricos de vitamina A não refletem a vitamina A total no organismo.

Os pacientes devem ser encaminhados a um oftalmologista se desenvolverem sintomas oculares sugestivos de deficiência de vitamina A (p. ex., cegueira noturna).

Reações adversas

As reações adversas mais comuns que ocorreram em pacientes tratados com AMVUTTRA foram dor na extremidade (15%), artralgia (11%), dispneia (7%) e redução da vitamina A (7%).

Para informações adicionais sobre o AMVUTTRA, consulte as [Informações para Prescrição completas](#).

Envie o Formulário de Início
preenchido por fax
para o número +1-833-256-2747

Ligue para o Alnylam Assist no telefone
+1-833-256-2748
das 8h às 18h, segunda a sexta-feira

Para maiores informações consulte
www.AlnylamAssist.com/hcp