

Formulario de Inicio

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

Para los Pacientes

Inscripción en Anylam 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 Anylam Assist reciban información adicional y apoyo (“Servicio de Apoyo al Paciente”) por parte de Anylam Pharmaceuticals, Inc., sus filiales, representantes, agentes y contratistas (“Anylam”). Anylam Assist ofrece el Servicio de Apoyo al Paciente para los pacientes elegibles a los que les hayan recetado un medicamento de Anylam. 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 con relación a enfermedades y medicamentos. Su autorización en este formulario se relacionará con la información y con el apoyo con respecto a cualquier medicamento de Anylam 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 a otro idioma? <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 me 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 puedo participar en Alnylam Assist™ y que es posible que no pueda 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

Relación con el Paciente

X

Firma del Paciente o del Representante Autorizado del 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 (por ejemplo, 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

Relación con el Paciente

X

Firma del Paciente o del Representante Autorizado del 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 encuestas de 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/de la clínica/de la institución:		Especialidad:	
Dirección del consultorio/de la clínica/de la institución:			Ciudad:		Estado:
Código postal:	Teléfono:	Fax:	N.º de Id. de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI):	Número de licencia estatal:	N.º de Identificación Fiscal:
Nombre de contacto del consultorio:			Teléfono:		Correo electrónico:
Nombre y dirección del centro de infusión (si es diferente al de arriba):				Fecha de la primera infusión anticipada:	
Nombre de contacto del centro de infusión:			Teléfono:		Correo electrónico:

Adquisición del producto:

- Farmacia especializada:
 Accredo Health Group Inc. CVS Specialty Orsini PANTHERx Sin preferencia
- Distribuidor especializado (McKesson Specialty o McKesson Plasma and Biologics)
- Desconocido

7. ONPATTRO® (patisirán) información sobre la administración de dosis

Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento del paciente: Mes/Día/Año:
Código de diagnóstico principal:		
Dosis: (La dosis recomendada es 0.3 mg/kg suministrado en viales de 10 mg/5 ml) ONPATTRO (patisirán) _____ mg i.v. cada 3 semanas	Cantidad de viales:	Peso del paciente (kg):

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 arreglo expreso o implícito de que recomendaría, recetaría o usaría ONPATTRO o cualquier otro producto de Alnylam, y cualquier decisión de recetar ONPATTRO 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
- ▶ Alnylam puede transmitir en mi nombre la información descrita en el presente documento que se enviará a una farmacia, si procede

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

X

Firma de la persona que receta
(no se aceptan sellos)

Fecha

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

Formulario de Inicio

Indicación

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

Información importante de seguridad

Reacciones relacionadas con la infusión

Se han observado reacciones relacionadas con la infusión (RRI) en pacientes tratados con ONPATTRO. En un estudio clínico controlado, el 19 % de los pacientes tratados con ONPATTRO experimentaron RRI, en comparación con el 9 % de los pacientes tratados con placebo. Los síntomas más frecuentes de las RRI con ONPATTRO fueron rubefacción, dolor de espalda, náuseas, dolor abdominal, disnea y dolor de cabeza.

Para reducir el riesgo de las RRI, los pacientes deben recibir premedicación con un corticoesteroide, acetaminofeno y antihistamínicos (bloqueadores de H1 y H2) al menos 60 minutos antes de la infusión de ONPATTRO. Monitoree a los pacientes durante la infusión para detectar signos y síntomas de RRI. Si se produce una RRI, considere ralentizar o interrumpir la infusión e implementar un abordaje terapéutico, según se indique clínicamente. Si se interrumpe la infusión, considere reiniciarla a una velocidad más lenta de infusión solo si los síntomas se resolvieron. En el caso de una RRI grave o potencialmente mortal, se debe discontinuar la infusión y no reiniciarla.

Reducción de los niveles séricos de vitamina A y la Suplementación Recomendada

El tratamiento de ONPATTRO 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 ONPATTRO. 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 ONPATTRO, dado que los niveles séricos 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 ONPATTRO fueron las infecciones de las vías respiratorias superiores (29 %) y las reacciones relacionadas con la infusión (19 %).

Para obtener información adicional sobre ONPATTRO, 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 las
8 a.m. a 6 p.m. de lunes a viernes

Para obtener más información,
visite www.AlnylamAssist.com.