

Farmacia de especialidad preferida: Accredo CVS Caremark
 Special Care Pharmacy Services Option Care Orsini

1. Receta

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

ICD-10-CM D84.1 (AEH) Otro

Receta: Inyección de RUCONEST 2100 UI/vial (50 UI/kg)

INDICACIONES: AdministrarUI (máx. 4200 UI) como inyección IV lenta en el plazo de 5 minutos prn para ataques. No más de 2 dosis dentro de un período de 24 horas

Dosis por envío

4 dosis (8 viales) 8 dosis (16 viales)

16 dosis (32 viales) dosis (..... viales)

Resurtido para un año a menos que se indique lo contrario

3 resurtidos 6 resurtidos 12 resurtidos resurtidos

Suministro diario (Con cuánta frecuencia quiere que el paciente obtenga un surtido de la receta)

1 vez al mes 1 vez a la semana según sea necesario

INSTRUCCIONES ESPECIALES

Alergias a medicamentos/a productos no medicamentosos No se conocen alergias Medicamentos concomitantes

Entregar como se indica **PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA RECETA** en imprenta Fecha

Se permite sustitución **PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA RECETA** en imprenta Fecha

Designo a Pharming Healthcare, Inc., RUCONEST SOLUTIONS, a sus afiliadas y a sus representantes, para que otorguen, en mi representación, la receta aquí descrita a la farmacia distribuidora. Entiendo que no puedo delegar autoridad para firmar.

Entregar suministros de infusión con cada receta

Entregar: Un (1) vial de agua estéril para inyección de 14 ml por cada vial de RUCONEST de 2100 UI

Pedidos para enjuagues

Solución salina normal de 3 ml o 5 ml intravenosa (línea periférica) o 10 ml intravenosa (línea central) antes y después de la infusión, o según necesidad de la permeabilidad de línea

Heparina 10 unidades/ml (#3 ml o #5 ml) usar como enjuague final de la línea periférica (QS)

Heparina 100 unidades/ml (#3 ml o #5 ml) usar como enjuague final de la línea central (QS)

Pedido para anafilaxia La farmacia de especialidad debe brindar un kit anafiláctico por protocolo de proveedor.

Se permite sustitución a menos haya una distribución específica

Paquete n.º 2 de epinefrina 0.15 mg o 0.3 mg **Resurtidos:**

Inyectar una dosis de manera subcutánea o intramuscular para reacciones de anafilaxia. Puede repetir una vez entre los 5 y 15 minutos si los síntomas continúan. La farmacia especializada debe hacer la primera entrega.

Firma del médico

2. Receta opcional para unir al programa de terapia de RUCONEST

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

ICD-10-CM D84.1 (AEH) Otro

Receta: Inyección de RUCONEST 2100 UI/vial (50 UI/kg)

INDICACIONES: AdministrarUI (máx. 4200 UI) como inyección IV lenta en el plazo de 5 minutos prn para ataques. No más de 2 dosis dentro de un período de 24 horas

2 dosis (4 viales) dosis (..... viales) Resurtidos

INSTRUCCIONES ESPECIALES

Alergias a medicamentos/a productos no medicamentosos No se conocen alergias Medicamentos concomitantes

Entregar como se indica **PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA RECETA** en imprenta Fecha

Se permite sustitución **PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA RECETA** en imprenta Fecha

Designo a Pharming Healthcare, Inc., RUCONEST SOLUTIONS, a sus afiliadas y a sus representantes, para que otorguen, en mi representación, la receta aquí descrita a la farmacia distribuidora. Entiendo que no puedo delegar autoridad para firmar.

Entregar suministros de infusión con cada receta

Entregar: Un (1) vial de agua estéril para inyección de 14 ml por cada vial de RUCONEST de 2100 UI

Pedidos para enjuagues

Solución salina normal de 3 ml o 5 ml intravenosa (línea periférica) o 10 ml intravenosa (línea central) antes y después de la infusión, o según necesidad de la permeabilidad de línea

Heparina 10 unidades/ml (#3 ml o #5 ml) usar como enjuague final de la línea periférica (QS)

Heparina 100 unidades/ml (#3 ml o #5 ml) usar como enjuague final de la línea central (QS)

Firma del médico

3. Pedidos opcionales de enfermería de farmacia de especialidad

Visitas de enfermería especializada necesarias para brindar al paciente educación relacionada con terapia, estado de la enfermedad, autoadministración o administración por enfermero del medicamento según lo recetado. (Seleccionar 1 opción a continuación)

Brindar visitas de enfermería continuas para administración y educación hasta que el paciente/cuidador sea independiente con autoinfusión.

Brindar visitas de enfermería continua para infusiones cuando se soliciten, cuando el paciente/cuidador no pueda o no quiera aprender la autoinfusión.

No se requiere, servicio de enfermería, el paciente es independiente con autoinfusión.

Ubicación de la enfermería especializada

Hogar

Otro

Frecuencia de visitas (según el pedido de medicamento y dosificación) y capacidad del paciente/cuidador para autoadministrar

Inyectar epinefrina subcutáneo o intramuscular para reacción anafiláctica, se puede repetir este paso en el transcurso de 5 a 15 minutos si no hay resolución. Llamar al 911.

PROFESIONAL QUE EXTIENDE LA RECETA Fecha

Firma del médico

4. Información del paciente **Adjunte una copia de la hoja de características demográficas/hoja principal O complete a continuación**Nombre Masculino Femenino N.º de seguridad social Fecha de nacimientoTilde el n.º de teléfono de preferencia N.º del trabajo N.º del hogar N.º del móvilCorreo electrónico **Idioma de preferencia**

Dirección Ciudad/estado/código postal

Nombre del cuidador (nombre, apellido) Relación con el paciente

N.º de teléfono Puede dejar correo de voz Correo electrónico del cuidador**5. Información de seguro del paciente** **Adjunte todas las tarjetas de seguro y recetas O complete a continuación****Tarjeta de seguro médico**

Nombre del plan

N.º de teléfono del plan

Nombre del portador de la póliza

N.º de identificación de miembro

N.º de grupo

Tarjeta de medicamentos recetados

Administrador de beneficios de farmacia/Nombre del plan

N.º de teléfono del plan

N.º de identificación de miembro

N.º de identificación de beneficios

N.º de control de procesador N.º de grupo

6. Información del profesional que extiende la recetaEspecialidad del proveedor: Alergia Inmunología Dermatología Atención primaria Sala de emergencias Otra

Nombre del proveedor N.º de identificación de proveedor nacional N.º de identificación de comerciante

N.º de identificación del proveedor de Medicaid N.º de licencia de estado N.º de acceso a transacciones del proveedor

Nombre del centro

Dirección Ciudad/estado/código postal

N.º de teléfono N.º de fax:

Nombre de contacto Función N.º de teléfono

Vea la ficha técnica completa que acompaña a este formulario.RUCONEST es una marca comercial registrada de Pharming Intellectual Property, B.V.
© 2018 Pharming Healthcare, Inc. RUCS-US-2018-0017 Impreso en EE.UU.

RUCONEST SOLUTIONS: 1-855-613-4423

- Participo del Programa RUCONEST SOLUTIONS ("programa") que opera Pharming Healthcare Inc. y que me brinda ciertos servicios de asistencia clínica y de enfermería relacionados con mi uso de RUCONEST biológico, fabricado por Pharming Healthcare Inc., para el tratamiento de mi afección de Angioedema hereditario (AEH). El programa lo administra Lash Group. Esta autorización permitirá a Pharming Healthcare Inc., Lash Group, mi farmacia, mis proveedores de atención médica y a mi plan de salud usar y divulgar cierta información médica personal para facilitar mi tratamiento con RUCONEST y mejorar el programa para el beneficio de futuros pacientes con AEH. Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (PHI) definida a continuación a los fines descritos en la Sección 5 a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir y usar mi PHI no es un proveedor de planes de salud o atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las normas de privacidad federal y hay una posibilidad de que mi PHI esté sujeta a más divulgaciones por parte de los destinatarios.
- Personas/organizaciones que pueden divulgar mi PHI:
 - Pharming Healthcare Inc. y sus representantes autorizados ("Pharming")
 - Lash Group
 - Mis farmacias que me proporcionan RUCONEST
 - Mis planes de salud que me proporcionan atención médica y cobertura por receta
 - Mis proveedores de atención médica, inclusive médicos y educadores de enfermería de atención en el hogar
- Personas/organizaciones que pueden recibir y usar mi PHI:
 - Pharming Healthcare Inc. y sus representantes autorizados
 - Lash Group
 - Mis farmacias que proporcionan RUCONEST
 - Mis proveedores de atención médica, inclusive médicos y educadores de enfermería de atención en el hogar
 - Mis planes de salud que me proporcionan atención médica y cobertura por receta
- Mi PHI consta de la siguiente información sobre mí que puede usarse o divulgarse:
 - Información que brindé en el formulario de inscripción de RUCONEST
 - Mis registros de atención médica relacionados con mi tratamiento y mi afección de AEH
 - Información sobre mi seguro médico relacionada con mi cobertura, copago, deducibles y opciones de beneficios
 - Información sobre mis recetas, como el estado, cumplimiento, o envío de mis medicamentos
 - Mis registros de hospitales de cualquier hospitalización e información relacionada con la transición de mi atención
- Mi PHI puede usarse o divulgarse con los siguientes fines:
 - Administración del programa
 - Recopilación de datos internos y creación de informes
 - Seguimiento de elementos como cobertura de plan de salud/receta, costo del paciente, envíos de RUCONEST, tendencias de cobertura del plan de salud, uso de las ofertas del programa
 - Servicios de enfermería a fines de mejorar la calidad del programa
 - Evaluar las necesidades continuas y futuras de pacientes a quienes se les recete RUCONEST
 - Analizar la calidad, eficacia y seguridad de RUCONEST
- Entiendo que a las farmacias de especialidad que entregan mi medicamento se les puede pagar para que compartan mi PHI con el programa y con Pharming para que los destinatarios puedan usarla a los fines especificados en esta autorización.
- Mi autorización permanecerá vigente durante dos (2) años desde la fecha de la firma a menos que la anule antes de esa fecha. Entiendo que el programa me puede pedir que otorgue autorización por escrito una vez al año para respaldar el acceso continuado a mi PHI. Entiendo que después de firmar esta autorización, puedo anularla en cualquier momento enviando un aviso por escrito al programa RUCONEST SOLUTIONS a la PO BOX 221974, Charlotte, NC 28222-1974. La anulación entrará en vigencia una vez que la haya recibido el programa RUCONEST SOLUTIONS, mis proveedores de atención médica y mi plan de salud, pero la anulación no afectará a ninguna de las divulgaciones de mi PHI realizadas como consecuencia de esta autorización.
- Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que eso no afectará el inicio, la continuación o la calidad del tratamiento que recibo de mi proveedor de atención médica, del pago de mi tratamiento o mi elegibilidad ni inscripción a la cobertura de salud.

Sin embargo, entiendo que si decido no firmar esta autorización o la anulo luego de firmar el formulario, el programa no me podrá brindar la asistencia descrita anteriormente luego de la fecha de anulación.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización luego de firmarla.

Firma paciente**Firma del paciente o del representante** Fecha

(si la firma otra persona que no sea el paciente)

Nombre en imprenta**Nombre en imprenta del paciente o del representante****Relación con el paciente**