

Seleccione la farmacia de especialidad que el paciente utiliza actualmente (si la conoce):

- Accredo  AllianceRx Walgreens Prime  CVS Caremark  Humana SP  Orsini

**1. Receta**

Nombre del paciente .....

Fecha de nacimiento ..... Peso del paciente.....kg/.....lbs

Diagnóstico: ICD-10-CM D84.1 (Defectos en el sistema del complemento [HAE])

Receta: RUCONEST 2100 unidades internacionales (UI)/vial para inyección (50 UI/kg), máx. 4200 UI

**INDICACIONES:** Administrar.....UI como una inyección i.v. lenta durante 5 min según se necesite para los ataques. No más de 2 dosis dentro de un período de 24 horas.

- 4 dosis (8 viales)  8 dosis (16 viales)  Por Mes  
 16 dosis (32 viales)  .....dosis (..... viales)  Por Envío

Un resurtido por año a menos que se indique lo contrario.

- 3 resurtidos  6 resurtidos  12 resurtidos  ..... Resurtidos

Medicamentos concomitantes .....

Alergias a medicamentos/a productos no medicamentosos .....  No se conocen alergias

Entregar según lo indicado **RECETADOR** ..... En letra de imprenta..... Fecha .....

Reemplazo permitido **RECETADOR** ..... En letra de 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.

**ÓRDENES AUXILIARES:** Entregar suministros para 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 central (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 entregar un kit anafiláctico según el protocolo del proveedor. Se permite la sustitución a menos que se especifique que se entregue según lo indicado. (Dispense as written, DAW).....

**Epinefrina #2 envase**  0.15 mg  0.3 mg **Resurtidos:**.....

inyectar una dosis de manera subcutánea o intramuscular para reacciones de anafilaxia. Puede repetir x1 de 5 a 15 minutos si los síntomas continúan. La farmacia especializada debe hacer la primera entrega.

Firma del médico

**2. Receta Opcional para el Programa StarterRx, Bridge-to-Therapy, y/o PAP**

Nombre del paciente .....

Fecha de nacimiento ..... Peso del paciente.....kg/.....lbs

Diagnóstico: ICD-10-CM D84.1 (Defectos en el sistema del complemento [HAE])

Receta: RUCONEST 2100 unidades internacionales (UI)/vial para inyección (50 UI/kg), máx. 4200 unidades internacionales (UI)

**INDICACIONES:** Administrar..... UI como una inyección i.v. lenta durante 5 min según se necesite para los ataques. No más de 2 dosis dentro de un período de 24 horas.

- 2 dosis (4 viales)  Por Mes  
 .....dosis (..... viales)  Por Envío

1 resurtido por año a menos que se indique lo contrario  .....Resurtidos

Entregar según lo indicado **RECETADOR** ..... En letra de imprenta..... Fecha .....

Reemplazo permitido **RECETADOR** ..... En letra de 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.

**ÓRDENES AUXILIARES:** Entregar suministros para 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 central (QS)  
 Heparina 100 unidades/ml (#3 ml o #5 ml) usar como enjuague final de la línea central (QS)

Medicamentos concomitantes.....

Alergias a medicamentos/a productos no medicamentosos.....

.....  Sin alergias conocidas

Firma del médico

**3. Pedidos Opcionales de Enfermería de Farmacia de Especialidad y/o Infusiones de la Agencia de Salud en el Hogar**

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. Seleccione las opciones de capacitación o infusión (algunos pacientes pueden necesitar ambas).

- Proporcione capacitación de **autoadministración** continua hasta que el paciente/cuidador sean independientes con la autoinfusión  
 Proporcione **visitas de enfermería continuadas** para infusiones según se necesite (PRN)  L-V - 8/5 pm  24/7  Otro .....

Frecuencia de las visitas (según la orden del medicamento y de dosificación) y la capacidad del paciente/cuidador para autoadministrarse.....

inyecte epinefrina por vía subcutánea o intramuscular ante una reacción anafiláctica; se puede repetir en el transcurso de 5 a 15 minutos si no hay resolución. Llamar al 911.

**RECETADOR** ..... Fecha.....

Firma del médico

**4. Información del Paciente**

Adjunte una copia de la hoja de características demográficas/hoja principal **O complete a continuación**

Nombre .....  Hombre  Mujer N.º de Seguro Social ..... Fecha de nacimiento .....

Tilde el n.º de teléfono de preferencia  N.º del trabajo .....  N.º privado.....  N.º celular.....

**Idioma de Preferencia** ..... **Información del Cuidador**

Correo Electrónico ..... Nombre del Centro (nombre, apellido) .....

Dirección ..... Relación con el Paciente .....

..... Número de Teléfono.....  Puede dejar un correo de voz

Ciudad/Estado/Código Postal ..... Correo Electrónico .....

**5. Información de Seguro del Paciente**

Adjunte todas las tarjetas de seguro y recetas **O complete a continuación**

**Tarjeta de seguro médico**

**Tarjeta de medicamentos de venta con receta**

Nombre del plan ..... Nombre del plan/PBM .....

N.º de teléfono del plan ..... N.º de teléfono del plan .....

Nombre del titular de la póliza ..... N.º de identificación del miembro .....

N.º de identificación del miembro..... N.º de identificación de beneficios.....

Grupo n.º ..... PCN n.º ..... Grupo n.º.....

**6. Información del Profesional que Extiende la Receta**

Especialidad del proveedor:  Alergia  Dermatología  Gastrointestinal  Inmunología  Atención primaria  Otros .....

Nombre del proveedor ..... N.º de NPI ..... N.º de TIN .....

N.º de identificación de proveedor de Medicaid..... N.º de matrícula estatal ..... N.º de PTAN.....

Nombre del Centro ..... **Información de Contacto de la Oficina**

Dirección ..... Nombre de Contacto.....

..... Función .....

Ciudad/Estado/Código Postal ..... N.º de Teléfono.....

N.º de Teléfono ..... N.º de Fax ..... Correo Electrónico .....

**7. Comunicaciones Adicionales de Pharming Healthcare a los Pacientes**

Firme a continuación si usted acepta recibir información sobre RUCONEST y programas educativos sobre el angioedema hereditario in vivo. Pharming Healthcare, Inc. o cualquiera de las compañías afiliadas pueden comunicarse con usted por correo postal, correo electrónico o teléfono. Se mantendrá la confidencialidad de su información y no se venderá ni alquilará a terceros.

**Paciente Firma** Firma ..... **Fecha** .....

1. 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.
2. Personas/organizaciones que pueden divulgar mi PHI:
  - Pharming Healthcare Inc. y sus representantes autorizados (“Pharming”)
  - Lash Group
  - Mis farmacias que me 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 de recetas
3. 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 de recetas
4. 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
5. 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
6. 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.
7. 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 haber firmado esta autorización, puedo anularla en cualquier momento mediante aviso por escrito cursado al programa de RUCONEST SOLUTIONS en PO Box 221974, Charlotte, NC 28222-1974. La anulación entrará en vigencia una vez que la haya recibido el programa de RUCONEST SOLUTIONS, mis proveedores de atención médica y mi plan de salud, pero no afectará ninguna de las divulgaciones de mi información médica protegida (PHI) realizadas como consecuencia de esta autorización.
8. 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.
9. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización luego de firmarla.

**Firma del Paciente** ..... Fecha.....  
 Nombre en letra de imprenta del paciente .....

**Firma del Representante** ..... Fecha.....  
 Nombre en letra del imprenta del representante ..... Relacion con el paciente.....