

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS PARA EVITAR CUALQUIER DEMORA EN EL PROCESAMIENTO.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre	Inicial	Apellido
<input type="text"/>		
Sexo	Últimos 4 dígitos del SSN	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (no puede ser un P.O.B.)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. de teléfono preferido	Tipo de teléfono	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Ofna	
No. de teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INFORMACIÓN DE SEGUROS			
Copiar el frente y el reverso de las tarjetas del seguro para medicamentos recetados y del seguro médico e incluirlas con el fax.			
Seguro para medicamentos recetados <input type="checkbox"/> El paciente NO tiene seguro para medicamentos recetados			
Nombre del asegurador para medicamentos recetados		Tel.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
No. de ID	No. de BIN	No. de PCN	No. de grupo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro médico <input type="checkbox"/> El paciente NO tiene seguro médico			
Seguro médico primario		Nombre del titular de la tarjeta	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Relación con el titular de la tarjeta		No. de ID	
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/>	
No. de grupo		Tel.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Seguro médico secundario		Nombre del titular de la tarjeta	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Relación con el titular de la tarjeta		No. de ID	
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/>	
No. de grupo		Tel.	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Solicitud de materiales de comercialización en español.	
He leído y estoy de acuerdo con la Autorización del paciente en la pág. 3.	
Firma del paciente o tutor/representante legal (Firma y fecha necesarias para los servicios)	
<input type="text"/>	
Escribir nombre en letra de molde	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial aquí	La firma arriba también denota que autorizo a los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas a dejar en mi contestadora automática o buzón de voz información sobre mi receta de Inbrija, cobertura de seguro y farmacia de especialidades proveedora (participación opcional).
<input type="text"/>	
Inicial aquí	La firma arriba también denota que he leído y estoy de acuerdo con el Consentimiento de comercialización del paciente en la pág. 3 (participación opcional).
<input type="text"/>	

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE RECETAS			
Nombre y apellido del profesional que extiende recetas	No. de NPI	No. de DEA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Especialidad: <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="text"/>			
Nombre de la clínica	Tel.	Ext.	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre de contacto en la oficina	Tel. de contacto	Ext.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fax de contacto	Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

RECETA	
Las leyes que rigen las recetas varían de un estado a otro. Cumpla los requisitos de su estado.	
Rx: Inbrija cápsulas 42 mg	
Sig: Inhalar por vía oral el contenido de 2 cápsulas (84mg) conforme sea necesario, para los síntomas de un periodo OFF.	
No tomar más de 5 dosis al día.	
Surtir: <input type="text"/>	Número de cajas
1 caja = 1 Inhalador + 60 cápsulas (tratamiento para 30 periodos OFF)	
Resurtir: <input type="text"/>	Alergias: <input type="text"/>
Indicar diagnóstico ICD-10:	
<input type="checkbox"/> G20 Enfermedad de Parkinson	
<input type="checkbox"/> Otro Código diagnóstico <input type="text"/>	
El paciente toma un régimen concomitante de carbidopa/levodopa. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
El paciente toma actualmente o ha tomado durante las últimas dos semanas un inhibidor no selectivo de MAO (e. g.: phenzelzine y tranlycypromine). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
El paciente tiene asma, EPOC o enfermedad pulmonar crónica subyacente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE RECETAS	
Certifico que esta terapia es médicamente necesaria y que esto es correcto a mi leal saber y entender. Autorizo a Covance Market Access Services Inc. ("Covance"), como operador de los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas en nombre de Acorda Therapeutics, Inc. ("Acorda"), a utilizar y divulgar la información del paciente contenida en este formulario a las aseguradoras y farmacias del paciente, y a obtener información, incluso cualquier información médica protegida (como se define en el Título 45 del CFR, sección 160.103), del paciente, del asegurador o de la farmacia del paciente, a fin de facilitar el surtido de la receta, así como la inscripción y participación del paciente en los servicios ofrecidos por los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas, de acuerdo con la norma mínima necesaria de la HIPAA. Autorizo a Covance a comunicarse con el paciente para proporcionarle información sobre la cobertura del seguro, para informar al paciente sobre los programas de asistencia financiera ofrecidos por Acorda, y para obtener cual(es)quier(a) consentimiento(s) del paciente que pudiera(n) necesitarse a fin de apoyar el tratamiento del paciente con Inbrija, como yo se lo receté.	
Firma del profesional que extiende recetas (Se requiere firmar y fechar a mano.)	
<input type="text"/>	
Surtir como se recetó	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Substitución permisible	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indicación

INBRIJA (levodopa inhalation powder) está indicado para el tratamiento intermitente de episodios OFF en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) que reciben tratamiento con carbidopa/levodopa.

Información de seguridad importante

- INBRIJA está contraindicado en pacientes que toman o que han tomado recientemente (durante las últimas 2 semanas) inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (MAO) (e. g.: phenelzine y tranylcypromine) debido al riesgo de hipertensión. Debe suspenderse el uso de inhibidores no selectivos de la MAO por lo menos 2 semanas antes de iniciar el tratamiento con INBRIJA.
- Pacientes que reciben tratamiento con levodopa, el ingrediente activo de INBRIJA, han informado haberse quedado dormidos durante actividades de la vida cotidiana, entre ellas operación de vehículos automotores, lo que algunas veces ha provocado accidentes. Muchos pacientes reportaron somnolencia, pero algunos informaron no haber tenido signos de advertencia (ataque de sueño). Esto podría ocurrir más de un año después de haber iniciado el tratamiento. Debe reevaluarse a los pacientes para detectar somnolencia/adormecimiento, incluso durante actividades específicas. Debe advertirse a los pacientes sobre la posibilidad de somnolencia y preguntárseles sobre factores que pudieran incrementar este riesgo (e. g.: medicamentos sedantes, trastornos del sueño).
 - Debe considerarse la suspensión de la terapia con INBRIJA en pacientes que reportan considerable somnolencia durante el día o quedarse dormidos durante actividades que requieren participación activa. De continuarse la terapia con INBRIJA debe advertirse a los pacientes que no manejen y que eviten actividades que pudieran causar daños. No hay información suficiente respecto a que una reducción en la dosis elimine episodios de quedarse dormido durante actividades de la vida cotidiana.
- Se ha informado de síntomas similares al síndrome neuroléptico maligno (e. g.: temperatura elevada, rigidez muscular, conciencia alterada, inestabilidad autonómica) cuando hay una reducción rápida de la dosis, una suspensión o modificaciones a la terapia dopaminérgica.
- Pudieran presentarse alucinaciones (con o sin confusión, insomnio y sueños excesivos), las cuales podrían responder a una reducción en la terapia con levodopa. Podrían presentarse pensamientos y comportamientos anormales con ideas paranoides, ideas delirantes, alucinaciones, confusión, comportamiento tipo psicótico, desorientación, comportamiento agresivo, agitación y delirio.
- INBRIJA usualmente no debería administrarse a pacientes con trastorno psicótico grave debido al riesgo de exacerbación de la psicosis. Los antagonistas de la dopamina usados para el tratamiento de la psicosis podrían exacerbar los síntomas de la EP y pudieran reducir la eficacia de INBRIJA.
- Los pacientes que reciben medicamentos que incrementan el tono dopaminérgico central, como INBRIJA, podrían presentar intensos deseos de participar en juegos de apuestas o gastar dinero, aumento de la libido sexual, hiperfagia compulsiva y/u otros deseos intensos, e incapacidad para controlarlos. En algunos casos, estos deseos cesaron con una reducción en la dosis o con la suspensión del medicamento. Dado que algunos pacientes pudieran no reconocer estos comportamientos como anormales, debe preguntarse a los pacientes o a sus cuidadores sobre la aparición de nuevos deseos o su incremento, y considerarse la suspensión de la terapia con INBRIJA si esto llegara a ocurrir.
- INBRIJA podría causar o exacerbar discinesias. Si llegarán a presentarse discinesias problemáticas debe considerarse la suspensión de INBRIJA o la modificación de otros medicamentos para la EP.
- INBRIJA no se recomienda en pacientes con asma, EPOC u otro tipo de enfermedad pulmonar crónica subyacente debido al riesgo de broncoespasmo.
- Debe monitorearse a pacientes con glaucoma para detectar un aumento en la presión intraocular.
- Los resultados anormales en pruebas de laboratorio pudieran abarcar elevación en pruebas de la función hepática (e. g.: fosfatasa alcalina, AST, ALT, deshidrogenasa láctica, bilirrubina), nitrógeno ureico en sangre, anemia hemolítica, y resultado positivo en la prueba de anticuerpos directa. Un aumento en las concentraciones de catecolaminas y sus metabolitos en plasma y orina podría dar lugar a falsos positivos indicativos de feocromocitoma.
- Las reacciones adversas más comunes ($\geq 5\%$ y $>$ placebo) fueron tos (15% vs. 2%), infección del tracto respiratorio superior (6% vs. 3%), náusea (5% vs. 3%) y esputo descolorido (5% vs. 0%).
- El uso de inhibidores selectivos de la MAO-B junto con INBRIJA podría estar relacionado con hipotensión ortostática. Debe monitorearse a los pacientes que toman estos fármacos de manera concurrente.
- Los antagonistas del receptor D2 de la dopamina (e. g.: phenothiazines, butyrophenones, risperidone, metoclopramide) e isoniazid podrían reducir la eficacia de la levodopa; debe monitorearse para detectar un empeoramiento de los síntomas.
- Las sales de hierro o multivitaminas con sales de hierro podrían reducir la biodisponibilidad de la levodopa.
- INBRIJA solamente debiera usarse durante el embarazo/la lactancia cuando los beneficios posibles justifiquen los riesgos potenciales. No existen datos adecuados sobre el efecto de INBRIJA en mujeres embarazadas o niños de pecho. Los datos de estudios en animales indican que la carbidopa/levodopa es tóxica para el desarrollo (inclusive teratogenicidad). La levodopa puede afectar la producción de leche e interferir con la lactancia. La levodopa se ha detectado en la leche humana.
- No se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes pediátricos.
- Pacientes geriátricos (n=56) experimentaron más de las siguientes reacciones adversas que pacientes <65 años (n=58): tos (25% vs. 5%), infección del tracto respiratorio superior (11% vs. 2%), náusea (7% vs. 3%), vómito (4% vs. 2%), dolor en extremidades (4% vs. 0%), y secreción nasal descolorida (4% vs. 0%).

Consulte la información de prescripción completa disponible en www.inbrija.com/prescribing-information.pdf

Autorización del paciente

Al firmar esta autorización, autorizo a mis planes de salud, médicos y farmacias (colectivamente, mis "Proveedores") a divulgar mi información médica personal relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, y seguro médico, así como información proporcionada en este formulario y en cualquier receta (colectivamente, "Información médica personal") a Acorda Therapeutics, Inc. ("Acorda") y a sus representantes, agentes y contratistas que incluyen, entre otros, los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas de Acorda operados por Covance Market Access Services, Inc. a nombre de Acorda (colectivamente, "las Entidades") para los siguientes fines: (1) proporcionarme servicios a través de los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas; (2) facilitar la provisión de productos, suministros o servicios de Acorda; (3) inscribirme en cualquier programa de registro de productos de Acorda aplicable; (4) evaluar la eficacia de los programas educativos de Acorda sobre INBRIJA; (5) inscribirme al programa de apoyo a pacientes de Acorda, al programa de reducción de copagos, o a programas similares que Acorda pudiera lanzar (si me correspondiera uno o más de estos programas); y (6) facilitar que se me suministre información y capacitación mediante terceras partes sobre el uso de INBRIJA y su dispositivo inhalador. Comprendo que mis farmacias divulgarán a las Entidades cierta información médica personal relacionada con el surtido de mi receta de INBRIJA y que dicha divulgación dará lugar a una remuneración a mis farmacias. Comprendo que una vez que mi Información médica personal se divulgue a las Entidades conforme a esta autorización, ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales y podría ser posteriormente divulgada por las Entidades. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi(s) proveedor(es) médico(s) y plan(es) de salud no condicionará(n) mi tratamiento o beneficios a la firma o no de este Formulario de Notificación y Autorización del Paciente. Sin embargo, comprendo que, si no firmara esta autorización, es probable que no pueda recibir asistencia a través de los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de

esta autorización. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta solicitando dicha cancelación a Acorda Therapeutics, Inc., 9801 Washingtonian Boulevard, Gaithersburg, MD 20878, pero que esta cancelación no se aplicará a ninguna información ya usada o divulgada conforme a esta autorización antes de que cada una de las Entidades haya recibido la notificación de dicha cancelación. Esta autorización caduca en diez (10) años a partir de la fecha de su firma o en una fecha anterior que pudiera estipular la legislación estatal, si fuera aplicable. Comprendo que mi receta podría ser enviada a mi proveedor en mi nombre, si lo solicitara mi proveedor.

Consentimiento de comercialización del paciente

Autorizo la divulgación de información proporcionada en este formulario de inscripción a Acorda Therapeutics, Inc. ("Acorda") para fines educativos, de capacitación y de apoyo continuo sobre el uso de INBRIJA y otros productos y servicios. Acorda puede proporcionarme materiales educativos o informativos relacionados con el producto. Covance Market Access Services, Inc., que opera los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas en nombre de Acorda Therapeutics, Inc. ("Acorda"), puede recibir compensación de Acorda por la prestación de tales servicios e información. Autorizo a Acorda para que se comunique conmigo con materiales promocionales relacionados con mi tratamiento, para que use y divulgue mi información a fin de enviarme información o materiales relacionados con INBRIJA o con cualesquiera otros productos y servicios afines, para comunicarse conmigo ocasionalmente a fin de obtener mi opinión (con fines de investigación de mercados) sobre Acorda, INBRIJA o los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas, para operar el programa de INBRIJA (y mejorar su calidad), o para cualesquiera otros fines que requiera o permita la ley. Si no deseara recibir información relacionada con INBRIJA o con otros productos o servicios similares, o ser contactado ocasionalmente para fines de investigación de mercados, comprendo que puedo llamar al número gratuito de Servicios de Apoyo para Recetas Médicas al 1 888-887-3447, en cualquier momento.

¿CUÁLES SON LOS SIGUIENTES PASOS?

1 LOS SERVICIOS DE APOYO PARA RECETAS MÉDICAS LLAMAN AL PACIENTE DIRECTAMENTE



Una vez determinada la cobertura, un especialista le llamará para lo siguiente:

- Revisar la cobertura y las opciones de asistencia financiera (de ser elegible).
- Asegurarse de que sabe cómo utilizar INBRIJA.
- Avisarle qué farmacia de especialidades se encargará de surtir su receta.

Usted deberá hablar con el especialista que le llame para obtener esta información. Las llamadas del especialista de los Servicios de Apoyo para Recetas Médicas provendrán del número telefónico 1 888-887-3447.

2 LA FARMACIA DE ESPECIALIDADES SURTE LA RECETA DE INBRIJA



- El representante de una farmacia de especialidades le llamará para acordar las condiciones de pago y entrega de INBRIJA.
- La farmacia de especialidades se encargará de resurtir el medicamento como haya sido recetado.

Usted deberá hablar con el representante de la farmacia de especialidades que le llamará para confirmar su envío. Estas llamadas pudieran provenir de un número desconocido para usted.

¿Tiene alguna pregunta?

Llame gratis a los **Servicios de Apoyo para Recetas Médicas** al **1 888-887-3447**

Lun. - Vie. 8:00 a. m. - 8:00 p. m. Hora del Este