

# PALFORZIA REMS Formulario de inscripción del paciente

PALFORZIA™ está disponible solo a través de PALFORZIA REMS (Risk Evaluation and Mitigation Strategy); un programa restringido. Solo los médicos que recetan, los centros de atención médica, las farmacias y los pacientes inscritos en el programa pueden recetar, administrar, entregar y recibir PALFORZIA. Su proveedor de atención médica le ayudará a completar este formulario y le proporcionará una copia.

## INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO QUE RECETA:

1. Revise el *Formulario de inscripción del paciente* con el paciente o con el padre, la madre o el tutor y responda cualquier pregunta que estos tengan acerca de PALFORZIA.
2. Complete y envíe el *Formulario de inscripción del paciente* en línea en [www.PALFORZIAREMS.com](http://www.PALFORZIAREMS.com) o por fax al 1-844-285-2013.

Complete todos los campos obligatorios en este formulario para no demorar el proceso de inscripción. Después de completar el formulario, el programa REMS notificará al médico que receta la inscripción exitosa del paciente dentro de los 2 días hábiles.

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

(\*indica que el campo es obligatorio)

Primer nombre*:	Apellido*:	Identificador de Proveedor Nacional (N.º de NPI)*:
Nombre del consultorio/centro de atención médico*:		
Dirección 1*:		
Dirección 2:		
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Número de teléfono del consultorio*:	Dirección de correo electrónico*:	



Firma\*

Fecha\*

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(\*indica que el campo es obligatorio)

Primer nombre*:	Inicial 2.º nombre:	Apellido*:	Fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA)	Sexo*: Femenino Masculino Otro
Dirección 1*:		Dirección 2:		
Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:		
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:			
Primer nombre del padre, la madre o el tutor*:	Apellido del padre, la madre o el tutor*:			
Relación con el paciente*:	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor*: Igual que el anterior			
Dirección de correo electrónico del padre, la madre o el tutor*: Igual que el anterior				

## ACUERDO DEL PACIENTE

Al firmar este formulario, el paciente, el padre, la madre o el tutor acepta realizar lo siguiente:

### Antes de que comience el tratamiento:

- Inscribirse en el programa PALFORZIA REMS completando este *Formulario de inscripción del paciente* con el médico que receta
- Recibir asesoría sobre la necesidad de tener disponible epinefrina inyectable para su uso inmediato en todo momento, sobre la necesidad de monitoreo con el aumento gradual de la dosis inicial (Initial Dose Escalation) y la primera dosis de cada nivel de aumento de la dosis (Up Dosing), la necesidad de seguir evitando el cacahuete en la dieta y cómo reconocer los signos y síntomas de una reacción alérgica grave (anafilaxia)

### Durante el tratamiento (antes de la primera dosis de cada nivel de aumento de la dosis (Up Dosing)):

- Recibir asesoría de un proveedor de atención médica sobre la necesidad de ser monitoreado para detectar una reacción alérgica grave (anafilaxia)

### Durante el tratamiento (durante y después de la administración del aumento gradual de la dosis inicial (Initial Dose Escalation) y la primera dosis de cada nivel de aumento de la dosis (Up-Dosing), durante al menos 60 minutos):

- Ser monitoreado para detectar una reacción alérgica grave (anafilaxia) en el centro de atención médica

### El paciente o el padre, la madre o el tutor deberán realizar lo siguiente:

- Informar la anafilaxia a su proveedor de atención médica
- Solicitar más epinefrina inyectable según sea necesario
- Tener epinefrina inyectable disponible para su uso inmediato en todo momento
- Evite el cacahuete y los alimentos que contengan cacahuete en su dieta

### El paciente o el padre, la madre o el tutor comprenden lo siguiente:

- Para recibir PALFORZIA el paciente debe estar inscrito en el programa REMS, y la información del paciente se almacenará en una base de datos de todos los pacientes que reciben PALFORZIA en los Estados Unidos
- Aimmune Therapeutics, Inc. y sus agentes, incluidos los proveedores de confianza, pueden comunicarse con el paciente por teléfono, correo, fax o correo electrónico para apoyar la implementación de REMS

Firma del paciente o del padre, la madre o el tutor\* (seleccione uno y firme):



Firma del paciente o del padre, la madre o el tutor\*

Fecha\*

Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de imprenta (si corresponde):



Teléfono: 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679)

[www.PALFORZIAREMS.com](http://www.PALFORZIAREMS.com)

Fax: 1-844-285-2013

AIMT-REMS-USA-1004 Fecha de la versión 31ene2020

**Palförzia**  
Peanut (*Arachis hypogaea*)  
Allergen Powder-dnfp