

# Formulario de inscripción

Para inscribir pacientes, envíe por fax el formulario completo a My VYVGART Path al 1-833-MY-V-PATH (1-833-698-7284). Visite MyPathEnroll.com para obtener más información. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este)

\*Campo obligatorio

## ➔ 1. Información para el paciente

*Nombre del paciente:		*Apellido del paciente:	
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario	
*Dirección postal del paciente:			
*Ciudad:		*Estado:	*Código postal:
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		*Número de teléfono:	
*Correo electrónico del paciente:		¿Su paciente recibirá VYVGART por primera vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## ➔ 2. Información del seguro Envíe por fax copias de la parte delantera y trasera de todas las tarjetas de seguro médico y de recetas.

Marque aquí si el paciente no tiene seguro:

*Nombre del seguro de prestación principal:		*Nombre del titular de la póliza:	
Relación con el paciente:	Número de teléfono del proveedor de seguro:	*Número de identificación de la póliza:	
N.º de grupo:	N.º PCN:	N.º BIN:	
Nombre del seguro de beneficios de farmacia:	Nombre del seguro de prestación secundaria:	Nombre del titular de la póliza:	
Relación con el paciente:	Número de teléfono del proveedor de seguro:	Número de identificación de la póliza:	
N.º de grupo:	N.º PCN:	N.º BIN:	

## ➔ 3. Información del médico prescriptor

*Nombre del médico prescriptor (nombre, segundo nombre y apellido):			*Nombre del consultorio:		
*N.º NPI:	*N.º de identificación fiscal:	N.º de proveedor de Medicare/Medicaid:	*N.º de licencia del estado:		
*Dirección del consultorio:		*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	
*Número de teléfono del consultorio:	*Fax del consultorio:	Correo electrónico del médico prescriptor:			
Proporcione la información de contacto directo de una persona de contacto en el consultorio que pueda gestionar los problemas de acceso.					
Nombre del contacto en el consultorio:		Número de teléfono del contacto en el consultorio:		Correo electrónico del contacto en el consultorio:	



#### 4. Información de prescripción

<b>*Nombre del paciente:</b>	<b>*Apellido del paciente:</b>	<b>*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</b>
<b>*Código ICD-10 del diagnóstico principal:</b> <input type="checkbox"/> G70.00 <input type="checkbox"/> G70.01	<b>*Positivo para anticuerpos contra el AChR:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias:

**\*Peso del paciente:** \_\_\_\_\_ kg

- Para convertir de lb a kg, divida el peso del paciente en lb por 2.205.
- Para los pacientes que pesen 120 kg o más, la dosis no debe superar los 1,200 mg (3 viales) por infusión.

**Marque solo 1 casilla a continuación para el tratamiento preferido con VYVGART. Complete las secciones de la información de prescripción que correspondan en función de esta selección.**

**Si selecciona la tercera opción, complete ambas secciones para VYVGART y VYVGART Hytrulo.**

Intravenoso: VYVGART (efgartigimod alfa-fcab)

Inyección subcutánea: VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidase-qvfc)

Inyección intravenosa o subcutánea: VYVGART (efgartigimod alfa-fcab) o VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc)

#### VYVGART (efgartigimod alfa-fcab) para uso intravenoso

**Dosis:** VYVGART se basa en el peso. Para obtener ayuda, visite [VYVGARTdose.com](http://VYVGARTdose.com).

**\*Dosis:** \_\_\_\_\_ mg

- $10 \text{ mg/kg} \times \text{peso del paciente (kg)} = \text{dosis (mg)}$
- **Concentración:** 400 mg/20 ml (20 mg/ml) en un vial de dosis única de 20 ml

Frecuencia de dosis:

**\*4 infusiones semanales cada \_\_\_\_\_ semanas**

**\*Cantidad de renovaciones (ciclos de tratamiento) autorizadas:** \_\_\_\_\_

*4 infusiones una vez a la semana equivalen a 1 ciclo de tratamiento.*

**\*Ubicación de la infusión:**

Consultorio del médico prescriptor  Infusión en el hogar

Centro de infusión  Hospital ambulatorio  Elección del paciente

Farmacia especializada

**\*Comprar y facturar:**  Sí  No

**Suministros:**

Entregar agujas, jeringas y suministros auxiliares necesarios para la administración en el hogar.

**Administración del personal de enfermería**  
Proporcionar al personal de enfermería calificado el medicamento para su administración según lo prescrito y evaluar el estado general.

Nombre del centro de infusión preferido:

Dirección del centro de infusión preferido:

Nombre de la farmacia especializada preferida:

Otras instrucciones:

#### VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea

**Dosis:** VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.

Dosis: 5.6 ml de efgartigimod 1,008 mg/hialuronidasa 11,200 unidades

Frecuencia de dosis:

**\*4 inyecciones semanales cada \_\_\_\_\_ semanas**

**\*Cantidad de renovaciones (ciclos de tratamiento) autorizadas:** \_\_\_\_\_

*4 inyecciones una vez a la semana equivalen a 1 ciclo de tratamiento.*

**\*Ubicación de la inyección:**

Consultorio del médico prescriptor  Inyección en el hogar

Centro de infusión  Hospital ambulatorio  Elección del paciente

Farmacia especializada

**\*Comprar y facturar:**  Sí  No

**Suministros:**

Entregar agujas, jeringas y suministros auxiliares necesarios para la administración en el hogar.

**Administración del personal de enfermería:**  
Proporcionar al personal de enfermería calificado el medicamento para su administración según lo prescrito y evaluar el estado general.

Nombre del centro de inyección preferido:

Dirección del centro de inyección preferido:

Nombre de la farmacia especializada preferida:

Otras instrucciones:

**Autorización y certificación del médico prescriptor**  
Al firmar a continuación, certifico que prescribo VYVGART al paciente identificado en el presente documento, que he recibido permiso del paciente y que he cumplido con otros requisitos aplicables de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y las leyes estatales aplicables necesarias para divulgar la información que estoy proporcionando en este formulario de inscripción. Entiendo que My VYVGART Path, sus agentes designados, proveedores de servicios y farmacias dispensadoras pueden utilizar dicha información con el fin de verificar la cobertura del seguro del paciente para VYVGART, confirmar los requisitos de autorización previa para VYVGART si es necesario, en nombre de mi paciente, proporcionar información a mi consultorio o al paciente sobre los recursos de denegación de reclamaciones, coordinar la entrega de VYVGART y proporcionar a mi paciente educación y apoyo adicionales.

**A la atención de:** Proveedores de Nueva York y Iowa, envíen recetas electrónicas.

“Dispensar tal y como está escrito”/La marca es medicamento necesaria/No reemplazar/No se permite reemplazo/DAW/No se puede reemplazar

**\*Firma del médico prescriptor:** \_\_\_\_\_ **\*Fecha (DD/MM/AAAA):** \_\_\_\_\_

## ➔ 5. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de salud (en conjunto, mi "Equipo médico") a divulgar mi información médica personal (Personal Health Information, "PHI"), incluida mi afección médica, recetas y cobertura de seguro, a argenx, sus filiales, contratistas y agentes, para que lo utilicen y compartan con mi Equipo médico según sea necesario para inscribirme en My VYVGART Path; llevar a cabo investigaciones de beneficios y tomar medidas relacionadas para determinar mi elegibilidad para que reciba VYVGART, y coordinar la asistencia financiera a tal efecto; comunicarse con mi Equipo médico sobre mi plan de tratamiento; proporcionarme servicios de apoyo que incluyan el estado de la enfermedad y educación y recursos de VYVGART; ayudar a facilitar el cumplimiento de las prescripciones y las renovaciones; facilitar el control de calidad y las actividades de notificación relacionadas; usar mis datos anonimizados para investigación y publicación; realizar análisis de datos, investigación de mercado y actividades comerciales relacionadas con My VYVGART Path; y/o ponerse en contacto conmigo acerca de los servicios de My VYVGART Path. Entiendo que una vez que mi PHI se haya divulgado a argenx, puede que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y que pueda volver a divulgarse a otras personas. Puedo retirar esta autorización llamando al 833-697-2841 o enviando un aviso de revocación a My VYVGART Path, 680 Century Point, Suite 1000, Lake Mary, FL 32746. La revocación entrará en vigencia cuando My VYVGART Path reciba mi aviso de revocación, pero los usos y divulgaciones realizados en función de la autorización antes de su revocación no serán invalidados. El tratamiento de atención médica, el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a mi firma de esta autorización. Esta autorización caduca 10 años después de la firma o en una fecha anterior según lo exijan las leyes estatales. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Una parte divulgadora puede recibir remuneración a cambio de PHI si nuestra relación implica la recepción de compensación a cambio de datos o en relación con proporcionar PHI de conformidad con una autorización. Entiendo que tengo derecho a enviar una solicitud por escrito a argenx para obtener una copia de este texto de consentimiento, junto con cualquier PHI divulgada. Además, autorizo a argenx a ponerse en contacto con cualquier persona identificada como Cuidador autorizado, a continuación, para comentar mi afección médica o mi participación en My VYVGART Path, y entiendo que dichas conversaciones pueden requerir que argenx divulgue mi PHI a dicho Cuidador autorizado.

<b>*Nombre del paciente:</b>	<b>*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):</b>
<b>*Firma del paciente:</b>	<b>*Fecha de la firma (DD/MM/AAAA):</b>

**Nombre y número de teléfono del Cuidador autorizado:**

- Marque aquí para recibir información sobre el programa educativo para pacientes, solicitudes de comunicaciones de compromiso de argenx y correos electrónicos que promocionan los productos y servicios de argenx.
- Marque aquí para dar su consentimiento para recibir mensajes de texto que promocionan los productos y servicios de argenx. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.



Teléfono: **1-833-MY-PATH-1**  
(1-833-697-2841)