

REMS de CAMZYOS®

Formulario de inscripción del paciente

- ▶ Complete este formulario en línea en CAMZYOSREMS.com, o
- ▶ Imprima y complete este formulario y envíelo por fax al programa de la REMS de CAMZYOS al 833-299-9539

Información del paciente (Los campos marcados con * son OBLIGATORIOS)			
*Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____	*Apellido: _____	
*Fecha de nacimiento: _____ Mes/día/año		*Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	
*Dirección: _____	*Ciudad: _____	*Estado: _____	*Código postal: _____
*Teléfono: _____ Código de área/Número de teléfono	Teléfono alternativo (opcional): _____ Código de área/Número de teléfono		
*Correo electrónico: _____	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Persona de contacto si el paciente no está disponible/ contacto secundario: _____	Número de teléfono de contacto secundario: _____ Código de área/Número de teléfono		

Información del proveedor de atención médica certificado (Los campos marcados con * son OBLIGATORIOS)	
*Nombre: _____	*Apellido: _____
*N.º de NPI del proveedor de atención médica _____	*Teléfono: _____ Código de área/Número de teléfono

Para los pacientes que participan o han finalizado su participación en un ensayo clínico de CAMZYOS
<p>¿El paciente se inscribirá ahora en el programa de la REMS con una dosis superior a la prevista para los nuevos pacientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>



Únicamente para uso interno.

REMS de CAMZYOS®

Formulario de inscripción del paciente

Acuerdo de la paciente

- He recibido, he leído y comprendo el **Folleto para el paciente** que me ha entregado mi proveedor de atención médica.

Antes del tratamiento, haré lo siguiente:

- Inscribirme en el programa de la REMS de CAMZYOS al rellenar este **Formulario de inscripción del paciente** con mi proveedor de atención médica.
- Obtener un ecocardiograma (eco) para comprobar el estado de mi corazón según las indicaciones de mi médico.

Mi proveedor de atención médica me ha asesorado, utilizando el **Folleto para el paciente**, sobre lo siguiente:

- El riesgo de insuficiencia cardíaca debido a la disfunción sistólica (cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre al cuerpo).
- El riesgo de interacción farmacológica y la necesidad de informar a los profesionales de la salud de todos los medicamentos y suplementos que tomo, tanto con receta como sin ella.
- La necesidad de obtener ecocardiogramas durante mi tratamiento con CAMZYOS.

Comprendo los síntomas de la insuficiencia cardíaca, incluidos los siguientes:

- dificultad para respirar
- dolor de pecho
- fatiga
- sensación de aceleración del corazón (palpitaciones)
- hinchazón en las piernas
- aumento de peso rápido

Durante el tratamiento, haré lo siguiente:

- Continuar recibiendo asesoramiento por parte de mi proveedor de atención médica utilizando el **Folleto para el paciente** sobre lo siguiente:
 - el riesgo de insuficiencia cardíaca debido a la disfunción sistólica (cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre al cuerpo);
 - el riesgo de interacción farmacológica y la necesidad de informar a los profesionales de la salud de todos los medicamentos y suplementos que tomo, tanto con receta como sin ella.
- Obtener ecocardiogramas para comprobar mi corazón según las indicaciones de mi médico.

Antes de recibir cada receta:

- Revisaré con el farmacéutico todos mis medicamentos y suplementos recetados y de venta libre.
- El farmacéutico me asesorará sobre las interacciones farmacológicas.

En todo momento, haré lo siguiente:

- Informar a mi proveedor de atención médica o buscar otra atención médica si tengo síntomas nuevos o que empeoran de insuficiencia cardíaca.
- Informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy tomando CAMZYOS.
- Informar a los proveedores de atención médica de todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y los suplementos, y de cualquier cambio en mis medicamentos.



Únicamente para uso interno.



© 2022 MyoKardia, Inc., una empresa de Bristol-Myers Squibb.
CAMZYOS® y el logotipo de CAMZYOS son marcas comerciales de MyoKardia, Inc.
3500-US-2200395 09/22

Teléfono: 833-628-7367
Fax: 833-299-9539
CAMZYOSREMS.com

REMS de CAMZYOS®

Formulario de inscripción del paciente

Acuerdo del paciente (continuación)

- Entiendo que mi información médica protegida será almacenada en una base de datos segura y confidencial de todos los pacientes que reciben CAMZYOS en los Estados Unidos.
- Bristol Myers Squibb y sus agentes utilizarán y compartirán mi información médica protegida para el programa de la REMS de CAMZYOS y para los informes de la FDA.
- Acepto que Bristol Myers Squibb y sus agentes se pongan en contacto conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para gestionar las REMS de CAMZYOS.

***Firma del paciente/tutor legal:** _____ ***Fecha:** _____
Mes/día/año

Nombre en letra de imprenta: _____

Acuse de recibo del proveedor de atención médica

- He revisado el resultado del ecocardiograma de este paciente y he confirmado que es adecuado iniciar el tratamiento con CAMZYOS (FEVI $\geq 55\%$): Fecha de ecocardiograma: _____
Mes/día/año

La VLVOT para este paciente es: <20 mmHg ≥ 20 mmHg y <30 mmHg ≥ 30 mmHg

- He revisado los medicamentos con y sin receta y los suplementos del paciente para ver si hay interacciones farmacológicas.
 - Después de revisar los medicamentos y suplementos con y sin receta del paciente, ¿el paciente necesita una dosis inicial más baja debido a una posible interacción farmacológica?
 Sí No
- He proporcionado al paciente el **Folleto para el paciente**.
- El paciente está autorizado para iniciar el tratamiento.

***Firma del proveedor de atención médica o de la persona designada:** _____ ***Fecha:** _____
Mes/día/año

Nombre en letra de imprenta: _____



Únicamente para uso interno.



© 2022 MyoKardia, Inc., una empresa de Bristol-Myers Squibb.
CAMZYOS® y el logotipo de CAMZYOS son marcas comerciales de MyoKardia, Inc.
3500-US-2200395 09/22

Teléfono: 833-628-7367
Fax: 833-299-9539
CAMZYOSREMS.com