

Complete y envíe por fax al 1-844-737-2224, por correo electrónico a [nuplazid@acadiaconnect.com](mailto:nuplazid@acadiaconnect.com) o complete el formulario en línea en [acadiaconnect.com](http://acadiaconnect.com).  
Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico enviadas a Acadia o a sus proveedores de terceros no se pueden cifrar ni asegurar, y las garantías establecidas en la Norma de Seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no se aplicarían a estas comunicaciones. Consulte la Indicación e información importante de seguridad, incluido el recuadro de ADVERTENCIA, en la página 2. Lea la [información de prescripción completa que se encuentra adjunta](#), que también está disponible en [NUPLAZIDhcp.com](http://NUPLAZIDhcp.com).

Patient & Caregiver Support

Teléfono: 1-844-737-2223

Fax: 1-844-737-2224

Atención a largo plazo: 1-877-889-0739

## 1 SEGURO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PACIENTE HOSPITALIZADO

Envíe por fax copias del anverso y el reverso de las tarjetas del seguro de medicamentos con receta.

\*Indica campo obligatorio.

*Nombre del paciente				Sección obligatoria si el paciente tiene seguro <input type="checkbox"/> El paciente no tiene seguro	
*Apellido del paciente				*Plan de receta del fármaco	
*Dirección		*Ciudad		*Número de identificación (ID)	Número de teléfono
*Estado	*Código postal	*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo		Número de plan
*Número de teléfono del paciente		*Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cuidador		Número de PCN	BIN
*Nombre del cuidador				ID del beneficiario de Medicare	
*Número de teléfono del cuidador				Idioma preferido, si no es inglés	
Correo electrónico del paciente/correo electrónico del cuidador				Nombre de farmacia preferida	
*El paciente reside: <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Centro de vivienda tutelada <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializado/residencia de ancianos					

**CENTROS DE ATENCIÓN DE LARGA ESTANCIA** Si selecciona "Centro de vivienda tutelada" o "Centro de enfermería especializado/residencia de ancianos", complete la siguiente información. Omita la Sección 3 si no es necesario para el paciente hospitalizado.

*Nombre del centro			*Número de teléfono del centro		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de contacto del centro			Título del puesto		
Nombre de la farmacia		Número de teléfono de la farmacia		NUPLAZID® (pimavanserin) Receta pedida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el paciente hospitalizado actualmente está cubierto por la Parte A de Medicare; fecha de alta hospitalaria prevista:					

## 2 INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO/MÉDICO RECETADOR

*Se requiere confirmación del diagnóstico			*Confirme la dosis:		
<input type="checkbox"/> Alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson (PDP).			<input type="checkbox"/> Cápsula de 34 mg		
<input type="checkbox"/> Otro diagnóstico: _____			<input type="checkbox"/> Otra: _____		

*Nombre y apellido del médico recetador		*Número de NPI del médico recetador		Número de licencia estatal (si está disponible)	
Nombre del consultorio/centro		*Dirección			
Nombre de contacto principal		*Ciudad		*Estado	*Código postal
Correo electrónico del médico recetador		*Número de teléfono		*Fax	

**Autorización del médico recetador:** Doy fe de que he obtenido el permiso por escrito, en el caso de que lo exija la legislación federal y/o estatal vigente, de mi paciente (o del representante legal del paciente) para la liberación de la Información médica protegida ("Protected Health Information, PHI") de mi paciente a Acadia Pharmaceuticals Inc. o a sus representantes o agentes (colectivamente "Acadia") según pueda ser necesario para la participación del paciente en un programa diseñado para ayudar a los pacientes a determinar su cobertura de seguro para NUPLAZID que he elegido recetar. Le pido a Acadia que transmita, en mi nombre, cualquier información de receta entregada a Acadia para NUPLAZID por cualquier medio bajo la ley vigente a la farmacia dispensadora elegida por o para el paciente, a la compañía de seguros médicos del paciente, o a otros terceros según pueda ser necesario para ayudar a este paciente a surtir su receta para NUPLAZID, con la obtención de cualquier cobertura de seguro para NUPLAZID a la que el paciente tenga derecho, u otros terceros que ayuden con la asistencia del paciente o el medicamento de bajo costo. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de receta específicos del estado tal como la receta electrónica, el formulario de recetas específico del estado, el texto del fax, etc. Acepto que Acadia pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con NUPLAZID, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Autorizo a Acadia a transmitir la receta anterior a la farmacia.

» \_\_\_\_\_  
\*Firma del médico recetador o del agente autorizado (No se permite sello) \_\_\_\_\_ \*Fecha \_\_\_\_\_

## 3 INFORMACIÓN DE LA RECETA

Omita esta sección si la receta de NUPLAZID® (pimavanserin) está pedida para el paciente hospitalizado de atención a largo plazo.

Alergias conocidas a fármacos:  Ninguna Medicamentos concomitantes (adjunte la lista, si se necesita más espacio):  Ninguno

**Receta en curso de NUPLAZID® (pimavanserin)** Si marca la casilla para la receta en curso ya enviada a la farmacia o prefiere una receta electrónica, omite los campos de la receta.

Receta ya proporcionada a \_\_\_\_\_ (nombre de la farmacia)  Le recetarán electrónicamente una vez que Acadia Connect confirme la farmacia adecuada

Recargas (n.º de recargas): \_\_\_\_\_  Ind. Tome una cápsula de 34 mg por vía oral, una vez al día  Despachado: suministro para 30 días  Otros\* \_\_\_\_\_ N.º de días a despachar: \_\_\_\_\_

Despachar como se receta » \_\_\_\_\_ Sustitución permitida » \_\_\_\_\_  
\*Firma del médico recetador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del médico recetador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SUMINISTRO GRATUITO DE 14 DÍAS DE NUPLAZID® (pimavanserin)** Nota: Limitado a un suministro para 14 días por reposición (solo para pacientes con diagnóstico de alucinaciones y delirios asociados a la PDP)

La receta electrónica ya se envió a RareMed Pharmacy Suministro para 14 días con 1 reposición  sig. Tome una cápsula de 34 mg por vía oral, una vez al día  Otros\* \_\_\_\_\_

Acadia Connect® puede enviar un segundo suministro gratuito para 14 días si se necesita tiempo adicional. » \_\_\_\_\_  
\*Firma del médico recetador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Consulte la Información importante de seguridad para las recomendaciones de dosificación (incluidas las interacciones fármaco/fármaco). Nota: Suministro gratuito para 14 días de NUPLAZID a despachar por RareMed Pharmacy. NUPLAZID solo se despachará y entregará a las instalaciones que acepten el fármaco gratuito.

Por la presente autorizo y pido a mis proveedores de atención médica (incluidos médicos, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y compañías de seguros médicos, y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados, personal y agentes (colectivamente "Proveedores") a divulgar mi Información médica protegida ("PHI") a Acadia Pharmaceuticals Inc. y a sus representantes y agentes (colectivamente "Acadia") para obtener los servicios de apoyo de Acadia Connect. Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en este formulario y en cualquier receta. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con este formulario.

Autorizo a Acadia a utilizar y además divulgar la PHI que recibe como resultado de este formulario para lo siguiente:

- Proporcionar apoyo para el reembolso asociado con la reposición de mi receta, incluida la verificación de mis beneficios de seguro y asistencia para asegurar la cobertura a la que tengo derecho.
- Facilitar la prestación de asistencia al paciente, medicamentos de bajo costo, asistencia de copago y/u otros servicios relacionados con productos ofrecidos por Acadia, organizaciones de defensa del paciente u otros terceros.
- Enviarme comunicaciones relacionadas con los servicios de apoyo de Acadia Connect.
- Fines administrativos relacionados con los servicios antes mencionados.
- Después de la anonimización, utilizarla con fines de investigación.

>> Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

>> Firma del representante personal (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN MI ATENCIÓN (opcional)

Además, autorizo a Acadia Pharmaceuticals Inc. a analizar la coordinación de mi atención con los siguientes miembros de la familia y/o cuidadores):

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

>> Firma del paciente/firma del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Indicación

NUPLAZID está indicado para el tratamiento de las alucinaciones y los delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson.

### Información importante de seguridad

#### ADVERTENCIA: MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON PSICOSIS RELACIONADA CON LA DEMENCIA

- Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia tratados con fármacos antipsicóticos presentan un mayor riesgo de muerte.
- NUPLAZID no está aprobado para el tratamiento de pacientes con demencia que experimenten psicosis, a menos que sus alucinaciones y delirios estén vinculados con la enfermedad de Parkinson.
- **Contraindicación:** NUPLAZID está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacción de hipersensibilidad a pimavanserin o a alguno de sus componentes. Se han informado erupciones, urticaria y reacciones compatibles con angioedema (p. ej., hinchazón de la lengua, edema circunmoral, opresión de garganta y disnea).
- **Advertencias y precauciones:** Prolongación del intervalo QT
  - NUPLAZID prolonga el intervalo QT. Se debe evitar el uso de NUPLAZID en pacientes con prolongación del intervalo QT conocida o en combinación con otros fármacos que se sabe que prolongan el intervalo QT (p. ej., antiarrítmicos de clase 1A o antiarrítmicos de clase 3, ciertos medicamentos antipsicóticos y ciertos antibióticos).

Autorizo a Acadia a ponerse en contacto conmigo utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario para los fines antes mencionados. También autorizo a Acadia a informar a mis proveedores cualquier PHI sobre mí que Acadia pueda crear o recibir.

Entiendo que una vez que mi PHI se divulgue a Acadia de conformidad con este Formulario, es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) y que pueda estar sujeta a una nueva divulgación.

Entiendo que puedo negarme a firmar este Formulario y que mi rechazo no afectará al tratamiento que reciba de mis proveedores, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También entiendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento al enviar por correo una carta para solicitar dicha cancelación a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ya usada o divulgada conforme a este formulario antes de que mis proveedores reciban la notificación de la cancelación.

Entiendo que esta autorización es válida durante un periodo de 10 años o durante un periodo más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que recibiré una copia firmada de esta autorización por parte del proveedor que me la recopile.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia en <https://www.acadia-pharm.com/privacy>. Si usted es residente de California, puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Acadia y sus derechos según la Ley de Privacidad del Consumidor de California en esta dirección.

Dirección para optar por no recibir comunicaciones o para cancelar este formulario:

Acadia Connect, PO Box 15713, Pittsburgh, PA 15244

- NUPLAZID también debe evitarse en pacientes con antecedentes de arritmias cardíacas y otras circunstancias que pueden aumentar el riesgo de aparición de taquicardia ventricular polimorfa en entorchado y/o muerte súbita, inclusive bradicardia sintomática, hipopotasemia o hipomagnesemia, y la presencia de prolongación congénita del intervalo QT.
- **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas ( $\geq 2$  % para NUPLAZID y mayor que el placebo) fueron edema periférico (7 % frente al 2 %), náuseas (7 % frente al 4 %), estado de confusión (6 % frente al 3 %), alucinaciones (5 % frente al 3 %), estreñimiento (4 % frente al 3 %) y trastorno de la marcha (2 % frente al <1 %).
- **Interacciones farmacológicas:**
  - La administración conjunta con inhibidores potentes del CYP3A4 aumenta la exposición a NUPLAZID. Reduzca la dosis de NUPLAZID a 10 mg tomados por vía oral como un comprimido una vez al día.
  - La administración conjunta con inductores potentes o moderados del CYP3A4 reduce la exposición a NUPLAZID. Evite el uso concomitante de inductores fuertes o moderados del CYP3A4 con NUPLAZID.

### Dosificación y administración

Dosis recomendada: cápsula de 34 mg tomada por vía oral una vez al día, sin ajuste de dosis, con o sin alimentos. NUPLAZID está disponible en cápsulas de 34 mg y en comprimidos de 10 mg.

Lea la [información de prescripción completa que se encuentra adjunta](#), incluido el recuadro de ADVERTENCIA, que también está disponible en [NUPLAZIDhcp.com](https://www.nuplazidhcp.com).