

FINTEPLA REMS Patient Enrollment Form

MULTILINGUAL VERSION
FOR PATIENTS

Instructions:

Complete this form with your healthcare provider and submit:

- Online at www.FinteplaREMS.com
- By fax to 1-833-568-6198
- By mail to 1710 N Shelby Oaks Dr, Ste 3, Memphis, TN 38134

PATIENT INFORMATION		* indicates required field.	
First Name*:	Phone*:	Home: - -	Work: - -
Last Name*:	Cell:	- -	
Date of Birth (MM/DD/YYYY)*: / /	Email*:		
Gender*: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Neutral <input type="checkbox"/> Prefer not to say	Best Time to Call:	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
Race*: <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other (please specify)	Okay to Leave Message*:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Ethnicity*: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	Legal Guardian Name:		
Address Line 1*:	Relationship:		
Address Line 2:	Legal Guardian Phone:	- -	
City*:	Legal Guardian Email:		
State*:			
ZIP Code*:			

PRESCRIBER INFORMATION		* indicates required field.	
First Name*:	Address Line 1*:		
Last Name*:	Address Line 2:		
National Provider Identifier (NPI)*:	City*:	State*:	ZIP Code*:
REMS ID*:	Phone*:	- -	
Email:	Fax*:	- -	

ACUERDO DEL PACIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> • He recibido, leído y entiendo la <i>Guía para el paciente</i> que mi proveedor de atención médica me ha proporcionado. 	<p>También le informaré a mi proveedor de atención médica si estoy teniendo alguno de estos signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar • Ritmo cardíaco acelerado • Fatiga • Hinchazón de los tobillos y pies • Mareos o desvanecimientos • Presión o dolor en el tórax
<p>Antes de que comience el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me inscribiré en la Estrategia de evaluación y mitigación de riesgos (REMS, por sus siglas en inglés) al completar este <i>Formulario de inscripción del paciente</i> con mi proveedor de atención médica. • Me someteré a un ecocardiograma (ECO) para controlar mi corazón. 	<p>Entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UCB, Inc. y sus agentes pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo, fax o correo electrónico para respaldar la administración de la REMS. • UCB, Inc. y sus agentes podrán usar y compartir mi información médica personal, incluidos los resultados del ecocardiograma (ECO) y los datos de prescripción recopilados como parte de la REMS para el propósito de las operaciones, el análisis y la notificación de la REMS, incluida la inscripción, la administración y la evaluación de la REMS, la coordinación de la entrega de FINTEPLA y la divulgación de mi información médica personal a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), según sea necesario. • Para recibir FINTEPLA, se requiere que me inscriba en la REMS, y mi información se almacenará en una base de datos de todos los pacientes que reciben FINTEPLA en los Estados Unidos.
<p>Mi proveedor de atención médica me ha asesorado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de desarrollar problemas de la válvula cardíaca y presión arterial alta en mis arterias pulmonares. • Reconocer los signos y síntomas asociados a estos riesgos. • La importancia de someterme a una prueba denominada ecocardiograma (ECO) antes de empezar a recibir FINTEPLA, cada 6 meses durante el tratamiento y una vez de 3 a 6 meses después de finalizar el tratamiento. 	
<p>Durante el tratamiento, cada 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibiré asesoramiento de mi proveedor de atención médica sobre la importancia de someterme a un ecocardiograma (ECO). • Me someteré a un ecocardiograma (ECO) para controlar mi corazón. 	
<p>Después de finalizar el tratamiento, de 3 a 6 meses después de mi dosis final:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me someteré a un último ecocardiograma (ECO) para controlar mi corazón. 	
<p>En todo momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haré saber a todos mis proveedores de atención médica que estoy tomando FINTEPLA. 	

_____ / / _____ Padre/tutor legal Paciente (si corresponde)

Firma Fecha

PRESCRIBER AGREEMENT
By signing below, I acknowledge that I have reviewed the risks of FINTEPLA and the requirements of the REMS with this patient.

_____ / / _____

Prescriber Signature Date



FINTEPLA® is a registered trademark of the UCB Group of Companies.
©2023 UCB, Inc., Smyrna, GA 30080. All rights reserved.
US-P-FA-DS-2300150

Phone: 1-877-964-3649 | www.FinteplaREMS.com | Fax: 1-833-568-6198

