

1 Información del paciente (Incluida la Autorización del paciente en las páginas 2 y 3)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	M	F	Correo electrónico (Se pueden enviar correos electrónicos para obtener autorizaciones adicionales o información con respecto a este formulario)
Dirección de envío			Dpto./Edif./Piso	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono
Nombre del contacto alternativo		N.º de teléfono del contacto	Correo electrónico del contacto (Se pueden enviar correos electrónicos para obtener autorizaciones adicionales o información con respecto a este formulario)		Relación con el paciente	Idioma preferido del paciente si no es inglés	

2 Información del seguro (Adjunte copias [del frente y el dorso] de todas las tarjetas del seguro médico y de recetas)

Titular de la póliza:	El propio paciente	Otro (Complete a continuación los datos del titular de la póliza)	Tipo de póliza:	Comercial/Privada	Gubernamental	Sin seguro (Si no tiene seguro, visite cortrophin.com/support para obtener información sobre la asistencia para pacientes)
Nombre del titular de la póliza	Apellido del titular de la póliza		Relación con el paciente			
Nombre del seguro médico principal	N.º de teléfono del seguro	N.º de ID del titular	N.º de grupo			
Nombre del seguro de farmacia	N.º de teléfono del seguro	N.º de ID del titular	N.º de grupo de la receta	N.º de BIN de la receta	N.º de PCN de la receta	
Nombre del seguro secundario	N.º de teléfono del seguro	N.º de ID del titular	N.º de grupo			

3 Información del profesional que receta

Nombre	Apellido	Especialidad/Subespecialidad	N.º de teléfono	N.º de fax
Nombre de la consulta	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
NPI del profesional que receta	NPI de grupo (Si corresponde)	N.º de licencia estatal del profesional que receta	N.º de identificación fiscal	Nombre del contacto del consultorio
N.º de teléfono del contacto del consultorio	Correo electrónico del contacto del consultorio	Método de contacto preferido:	Teléfono	Correo electrónico
		Sin preferencia		

4 Verificación de beneficios

Método de adquisición	Solo para compra y facturación		
Compra y facturación del proveedor	Farmacia especializada	Indeciso	N.º Medicare PTAN del médico: _____

5 Receta: Purified Cortrophin Gel

N.º de NDC 62559-860-11 Vial de dosis múltiples de 1 mL que contiene 80 unidades USP/mL para uso intramuscular o subcutáneo

A. Seleccione la dosis

Unidades	Frecuencia	Duración	Según sea necesario
_____	_____	_____	_____

Vía de administración (inyección): Subcutánea Intramuscular

Si necesita ayuda para determinar la cantidad de viales de 1 mL necesarios, siga estos 2 sencillos pasos.

Paso 1: Calcule el total de unidades necesarias

_____ unidades por dosis x _____ de dosis = _____ unidades totales necesarias

Paso 2: Calcule el número de viales necesarios

_____ total de unidades necesarias ÷ 80 unidades por vial = _____ total de viales necesarios (redondee hasta el siguiente vial completo)

Cantidad de viales de dosis múltiples de 1 mL _____ **Reposiciones:** _____
(80 unidades):

B. Hacer un duplicado de las órdenes que se mencionan arriba para la receta del Programa de asistencia para pacientes (PAP)*
*Indicar una receta para que se incluya en el Programa de asistencia para pacientes (PAP) no garantiza que el paciente sea elegible para el PAP. Se aplicarán términos y condiciones.

C. Alergias Sin alergias medicamentosas conocidas

D. Código de diagnóstico ICD-10

M10. _____

Si desea ver una lista de los Códigos de diagnóstico del ICD-10 asociados con el uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que pueden ser pertinentes, consulte la página 6, o vea la lista completa en cortrophinhcp.com/resources.

E. Indique los suministros que se necesitan para la receta (solo para dispensación SP)

La farmacia entregará suministros suficientes para la terapia.

Sí, me gustaría que la farmacia entregue suministros suficientes para la terapia

No, deseo que la farmacia entregue la cantidad de suministros que se indica a continuación

Tamaño de la jeringa	Tamaño de la aguja para extracción
1 mL 3 mL Otra: _____	Aguja calibre 20, 1" Ninguna
Cantidad: _____	Cantidad: _____

Tamaño de la aguja para inyección
Aguja calibre 25, 5/8" Aguja calibre 23, 3/4" Aguja calibre 23, 1" Aguja calibre 25, 1"
Otra: _____ Cantidad: _____

Recipiente para objetos punzantes

Si emite una receta electrónica, verifique el número de Código Nacional de Medicamentos (NDC) para garantizar el uso del tamaño de vial adecuado

Verifico que la información del paciente y del profesional que receta que se incluye en este formulario de inscripción fue completada por mí o siguiendo mis instrucciones, y que la información que aquí se incluye está completa y es exacta a mi leal saber y entender. Autorizo al programa **Cortrophin In Your Corner** a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente. Al firmar a continuación, acepto la Certificación del profesional que receta y la Declaración de necesidad médica en las páginas 2 y 3.

DISPENSAR TAL COMO ESTÁ ESCRITO

FECHA

0

SE PERMITEN SUSTITUCIONES

FECHA

Se necesita la firma del profesional que receta para el consentimiento y para validar las recetas. El profesional que receta da fe de que esta es su firma. No se permiten sellos.

Para el profesional que receta

Certificación del profesional que receta y declaración de necesidad médica (la firma en la página 1 es obligatoria para la documentación)

Certifico que la información incluida en este formulario está completa y es exacta a mi leal saber y entender; que el tratamiento mencionado (el “Producto”) es necesario por razones médicas para este paciente, y que yo he decidido recetar el Producto; que he recibido una autorización adecuada por escrito del paciente, de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes y cualquier otro requisito que corresponda, para entregar la información del paciente a ANI Pharmaceuticals, el programa *Cortrophin In Your Corner* (el “Programa”) y sus representantes, con los fines de evaluar la cobertura de seguro del paciente y su participación en el Programa, y con otros fines descritos en la Autorización del paciente para el uso y divulgación de la información médica personal. Reconozco que la posible participación del paciente en el Programa no está condicionada ni es una recompensa por ningún requerimiento pasado o futuro de recetar, adquirir o usar el Producto ni ningún otro producto de ANI Pharmaceuticals. El valor total de cualquier beneficio del Programa se aplicará al paciente. No he recibido ni recibiré ninguna concesión de precio, ni ningún otro valor del Programa, ni de ningún otro programa de ANI Pharmaceuticals. Si mi paciente o yo descontinúamos el tratamiento con el Producto, ni el paciente ni yo incurriríamos en sanciones financieras, ni otras consecuencias por parte del Programa. Cualquier Producto proporcionado al paciente sin cargo se proporciona de forma gratuita, y no enviaré ningún reclamo para el pago o reembolso por esos Productos a ningún tercero pagador, incluido cualquier programa federal de atención médica. Si poseo o llego a poseer dicho Producto, no lo revenderé ni intentaré revenderlo. Comprendo que debo cumplir con los requisitos de emisión de recetas específicos del estado en el que ejerzo la medicina, entre ellos, los de recetas electrónicas, formularios de recetas específicos del estado, texto del fax, etc. Acepto que el Programa me contacte respecto de la información de este formulario según sea necesario para facilitar la inscripción del paciente en el Programa.

Para el paciente

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida (continúa en la página 3)

Autorizo a mis proveedores de atención médica (incluidos los proveedores de farmacia) y planes médicos a revelar, divulgar o volver a divulgar mi información médica protegida [protected health information, “PHI”] (según se define dicho término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”] de 1996 y sus reglamentaciones), lo que incluye mi información de contacto personal y otra información en este formulario, todos los registros médicos, información financiera y de otra naturaleza (en conjunto, “Información”) relevante para mi inscripción y participación en el programa *Cortrophin In Your Corner* (el “Programa”), o para que reciba asistencia a través de este, a ANI Pharmaceuticals y sus afiliadas, y a cualquier tercero contratado para ayudar en la administración del Programa, a fin de que puedan: (1) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios; (2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y planes médicos acerca de mi elegibilidad para recibir apoyo del Programa, mi estado de beneficios y cobertura, y/o mi atención médica; (3) brindar apoyo a través del Programa, lo que incluye facilitarme la entrega de Cortrophin Gel (“Producto”), así como cualquier información o material con relación a dicho apoyo o Producto, incluidas las comunicaciones educativas, promocionales o de comercialización; (4) evaluar la eficacia de los programas de apoyo del Producto; (5) comunicarse conmigo con respecto a este formulario de inscripción o a mi uso o posible uso del Producto, y proporcionarme comunicaciones de apoyo al paciente al respecto, incluido dejándome mensajes que divulguen que uso o puedo usar el Producto; (6) facilitar o ayudar con el copago, el coseguro, y el programa de asistencia al paciente [patient assistance program, “PAP”], según corresponda; y (7) administrar, evaluar, y mejorar el Programa, incluido mediante el análisis de los patrones de uso y la eficacia de los productos, servicios y programas de ANI Pharmaceuticals; ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios, y programas; y para otros fines administrativos y comerciales generales de ANI Pharmaceuticals.

Comprendo que ciertas entidades pueden recibir remuneración por el uso o la divulgación de mi información y por proporcionar servicios de apoyo según lo autorizado anteriormente, y que, una vez que se haya divulgado mi información en virtud de esta Autorización, es posible que mi información no esté sujeta a todas las protecciones y salvaguardas proporcionadas en virtud de la HIPAA u otras leyes de privacidad federales y estatales. Sin embargo, también comprendo que el Programa tiene previsto usar y divulgar mi Información solo para los fines descritos anteriormente o según lo exija la ley.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida (continuación)

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar esta Autorización no afectará mi derecho al tratamiento ni al pago de los beneficios de atención médica. Comprendo que si me niego a firmar, no seré elegible para recibir apoyo a través del Programa. Más adelante, puedo retirar esta Autorización mediante el envío de una notificación por escrito de mi retiro del Programa a Serva Health LLC Attn CIYC, 1000 Bishops Gate Blvd, Suite 201, Mount Laurel, NJ 08054. El retiro de esta Autorización pondrá fin a los usos y las divulgaciones posteriores de mi Información por parte de mis proveedores de atención médica y planes médicos en virtud de esta Autorización, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en función de esta Autorización y según lo permitido por la ley aplicable. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada, que caduca 5 años después de la fecha en que yo la firme, a menos que lo especifique de otro modo la ley estatal o cualquier otra ley aplicable, o que yo la revoque antes por escrito. PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE MARYLAND, en virtud del Código de Maryland, HG § 4-303(b)(4) esta autorización caduca UN AÑO después de la fecha de la firma.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y acepto la Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida que antecede y en la página 2.



NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

FECHA

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, EXPLICAR LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE Y LA RELACIÓN*

*Al firmar en nombre del paciente como representante o tutor, doy fe de que puedo firmar legalmente esos documentos en nombre del paciente y de que estoy actuando de manera adecuada en mi capacidad de hacerlo. Se puede solicitar una prueba de la autoridad de ese tutor o representante para actuar en nombre del paciente, como un poder notarial o una orden judicial legal.



Al marcar esta casilla, acepto recibir mensajes de marketing y de otro tipo de ANI Pharmaceuticals con relación a Cortrophin Gel, en cumplimiento del Consentimiento conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico, a continuación. Entiendo que el hecho de que no marque esta casilla no afectará mi inscripción en el programa de apoyo Cortrophin In Your Corner.

Consentimiento del paciente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico para recibir información adicional de ANI Pharmaceuticals o de Cortrophin In Your Corner

Acepto recibir mensajes de marketing y de otro tipo, incluidos mensajes de transacciones, ofertas, oportunidades de participación en ensayos clínicos y materiales educativos relacionados con mi afección, tratamiento y/o medicamento recetado por mensajes de texto y llamadas al celular u otro teléfono a través de marcación automática. Comprendo que suscribirme para recibir estos mensajes no es una condición obligatoria para comprar algún producto ni para recibir un copago u otro apoyo del Programa. Pueden aplicar cargos de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes puede variar. Envíe STOP para cancelar y HELP para recibir ayuda. Al marcar la casilla de verificación para recibir mensajes arriba, usted otorga su consentimiento para recibir divulgaciones en formato electrónico en vez de en papel. Puede retirar su consentimiento para recibir estas divulgaciones en cualquier momento sin sufrir sanciones, y puede solicitar una copia en papel sin cargo llamándonos al 1-800-805-5258. También puede llamarnos a ese número para actualizar su información de contacto. A fin de garantizar que reciba y pueda conservar las divulgaciones necesarias, debe contar con un dispositivo (como su teléfono celular) con acceso a internet y una impresora o espacio de almacenamiento suficiente para guardarlas.

Esta autorización tendrá vigencia hasta que la cancele, lo cual puedo hacer en cualquier momento llamando a ANI Pharmaceuticals al 1-800-434-1121 o a Cortrophin In Your Corner al 1-800-805-5258 de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

6 Envío de recetas a farmacias especializadas

Seleccione una:

NO HE enviado la receta a una farmacia especializada. *Nota: Un gerente de casos de Cortrophin In Your Corner se pondrá en contacto con usted para proporcionarle información sobre todas las posibles opciones de farmacias especializadas.*

Ya **HE** enviado la receta del paciente **a la siguiente farmacia especializada:**

Nombre de la farmacia especializada: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Para obtener la lista completa de farmacias especializadas donde Cortrophin Gel está disponible, escanee este código QR o visite www.cortrophinhcp.com/specialtypharmacies



Documentación clínica

NOTA: Muchos procesos de autorización previa requieren los antecedentes de tratamiento del paciente pertinentes. Esta página puede enviarse a la farmacia especializada y/o al pagador como justificante para la autorización previa o apoyo a la reclamación facturada.

En mi nombre, remítase esta documentación clínica al pagador para su revisión

Solicite la revisión acelerada debido a que el paciente sufre actualmente una exacerbación aguda de artritis gotosa

7 Historial de tratamiento pertinente reciente

Tratamientos reductores de uratos (ULT)

¿Está el paciente recibiendo actualmente un ULT? Si es así, ¿qué agente se prescribió?

Inhibidores de la xantina oxidasa (alopurinol o febuxostat)

Agente uricosúrico (p. ej., Probenecid)

Otra: _____

Si se usó un ULT previamente, ¿qué fármaco se recetó?

Inhibidores de la xantina oxidasa (alopurinol o febuxostat)

Agente uricosúrico (p. ej., Probenecid)

Otra: _____

Se observaron las respuestas siguientes durante el uso de ULT:

Paciente actualmente en tratamiento con ULT

El paciente presentó una respuesta inadecuada

El paciente se volvió intolerante a los ULT

Otra: _____

¿Qué medicación concomitante está tomando el paciente?

Indicaciones

Cortrophin Gel es un medicamento recetado que se inyecta por vía subcutánea o intramuscular. Está indicado para lo siguiente:

- Administración temporal como tratamiento complementario durante una crisis aguda o exacerbación de la artritis reumatoide, incluida la artritis reumatoide juvenil, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante y la artritis gotosa aguda.
- En caso de exacerbación o como tratamiento de mantenimiento en determinados casos de lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis sistémica (polimiositis).
- Eritema multiforme grave (síndrome de Stevens-Johnson) y psoriasis grave.
- Dermatitis atópica y enfermedad del suero.
- Afecciones alérgicas e inflamatorias agudas y crónicas graves que afectan el ojo y sus anexos, como la conjuntivitis alérgica, la queratitis, la iritis y la iridociclitis, uveítis posterior difusa y coroiditis, neuritis óptica, coriorretinitis e inflamación del segmento anterior.
- Sarcoidosis sintomática.
- Inducción de diuresis o remisión de proteinuria debido a síndrome nefrótico sin uremia del tipo idiopático o que se debe al lupus eritematoso.
- Exacerbación aguda de la esclerosis múltiple.

Información de seguridad importante

Contraindicaciones

- Cortrophin Gel está contraindicado para administración intravenosa.
- Cortrophin Gel está contraindicado para pacientes que tienen alguna de las siguientes afecciones: esclerodermia; osteoporosis; infecciones fúngicas sistémicas; herpes simple ocular; cirugía reciente; antecedentes o presencia de úlcera péptica; insuficiencia cardíaca congestiva; hipertensión; insuficiencia corticosuprarrenal primaria; hiperfunción corticosuprarrenal; o sensibilidad a las proteínas derivadas de origen porcino.

Advertencias y precauciones

- **Infecciones:** El tratamiento con corticotropina puede aumentar la susceptibilidad a infecciones y puede ocultar síntomas de infecciones.
- **Insuficiencia suprarrenal:** El tratamiento prolongado con corticotropina puede aumentar la posibilidad de sufrir insuficiencia suprarrenal después de suspender el medicamento. La insuficiencia suprarrenal se puede minimizar reduciendo gradualmente la dosis de corticotropina. Debe reanudarse el tratamiento hormonal si surgen situaciones estresantes durante la suspensión.
- **Presión arterial alta, retención de agua y sal e hipopotasemia:** La corticotropina puede provocar el aumento de la presión arterial, retención de agua y sal, y mayor eliminación de potasio o calcio.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

8 Antecedentes de episodios de artritis gotosa aguda y tratamientos previos (marque todo lo que corresponda)

¿Cuántas exacerbaciones agudas de gota ha experimentado este paciente en los últimos 12 meses? _____

Corticoesteroide

Si se usó un corticoesteroide previamente, ¿qué fármaco se recetó?

Metilprednisolona oral	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Dexametasona oral	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Prednisona oral	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Prednisolona oral	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Otra: _____	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____

Se observaron las respuestas siguientes durante el uso de corticoesteroides:

El paciente tuvo una respuesta inadecuada o el uso de corticoesteroides fracasó y Cortrophin Gel se considera otra posible opción de tratamiento

El paciente se volvió intolerante a los corticoesteroides

Se contraindicó el tratamiento para el paciente o tuvo una intolerancia conocida a los corticoesteroides

Otra: _____

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Indometacina	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Otra: _____	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____

Se observaron las respuestas siguientes durante el uso de AINE:

El paciente tuvo una respuesta inadecuada o el uso de AINE fracasó y Cortrophin Gel se considera otra posible opción de tratamiento

El paciente se volvió intolerante a los AINE

Se contraindicó el tratamiento para el paciente o tuvo una intolerancia conocida a AINE

Otra: _____

Colchicina, comprimidos USP

Colcrys® (colchicina, USP) comprimidos	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____
Otra: _____	Dosis: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha en que lo dejó: _____

Se observaron las siguientes respuestas durante el uso de colchicina:

El paciente tuvo una respuesta inadecuada o el uso de colchicina fracasó y Cortrophin Gel se considera otra posible opción de tratamiento

El paciente se volvió intolerante a la colchicina

Se contraindicó el tratamiento para el paciente o tuvo una intolerancia conocida al colchicina

Otra: _____

9 Información adicional que se debe incluir en el formulario de inscripción

Adjunte todas las notas clínicas relevantes (incluidas las alergias y todos los medicamentos concomitantes) y cualquier otra información pertinente a su fundamentación para el tratamiento con Cortrophin Gel, o escriba esa información en el espacio siguiente.

Adjunto un documento aparte con las notas clínicas relevantes

Estoy escribiendo notas clínicas relevantes en el espacio proporcionado aquí

Información de seguridad importante (continuación)

Advertencias y precauciones (continuación)

- **Encubrimiento de síntomas de otras enfermedades:** Es posible que la corticotropina solo inhiba los signos y síntomas de la enfermedad crónica sin alterar su avance natural.
- **Reacciones psiquiátricas:** Es posible que se presenten desequilibrios psíquicos cuando se usa la corticotropina, que varían desde la euforia, el insomnio, los cambios de estado de ánimo, cambios en la personalidad y depresión hasta la psicosis. Las afecciones previas pueden empeorarse.
- **Reacciones oftálmicas:** El uso prolongado de la corticotropina puede producir cataratas subcapsulares posteriores y glaucoma con posible daño a los nervios ópticos.
- **Posibilidad de inmunogenicidad:** La administración prolongada de Cortrophin Gel puede aumentar el riesgo de reacciones hipersensibles. Se han informado casos de anafilaxia en el contexto posterior a la comercialización. Neutralizar los anticuerpos con administración crónica puede provocar la pérdida de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) endógena y de la actividad del Cortrophin Gel.
- **Vacunación:** Los pacientes no deben vacunarse contra la viruela mientras hacen el tratamiento con corticotropina. Se debe tener precaución al recibir otras vacunas debido a las posibles complicaciones neurológicas y a la falta de respuesta de los anticuerpos.
- **Uso en pacientes con hipotiroidismo y cirrosis:** Hay un efecto potenciado en pacientes con hipotiroidismo y en los que tienen cirrosis.

- **Uso en pacientes con tuberculosis latente o reactividad a la tuberculosis:** Observe atentamente si la enfermedad se reactiva.
- **Enfermedades comórbidas:** La corticotropina debe utilizarse con precaución en pacientes con diabetes, absceso, infecciones piógenas, diverticulitis, insuficiencia renal y miastenia grave.
- **Crecimiento y desarrollo:** Observe atentamente el crecimiento y el desarrollo de los bebés y niños que hacen el tratamiento prolongado con corticotropina.
- **Artritis gotosa aguda:** El tratamiento de la artritis gotosa aguda debe limitarse a unos días. El tratamiento concomitante convencional debe administrarse durante el tratamiento con corticotropina y durante varios días una vez que se suspende.
- **Interacciones medicamentosas:** La aspirina debe usarse con precaución con la corticotropina en caso de hipoprotrombinemia.
- **Embarazo:** Dado que se han observado anomalías fetales en animales, Cortrophin Gel debe usarse durante el embarazo solamente si los beneficios posibles justifican el riesgo potencial para el feto.

Reacciones adversas

Las reacciones adversas a Cortrophin Gel incluyen retención de líquidos o sodio; debilidad muscular; osteoporosis; úlcera péptica con posibilidad de perforación y hemorragia; reacciones en el lugar de la inyección; dificultad de cicatrización de heridas; hipertensión; convulsiones; dolor de cabeza; presentación de estado cushingoides; inhibición del crecimiento en los niños; anafilaxia (shock anafiláctico, urticaria, compromiso respiratorio, edema); y aumento de peso. Estas no son todas las reacciones adversas informadas para Cortrophin Gel.

Consulte las Indicaciones y la Información de seguridad importante en las páginas 4 y 5 y la **Información de prescripción completa** o visite Cortrophinhcp.com.

! Códigos de diagnósticos de ICD-10 que pueden ser pertinentes

Artritis gotosa aguda:

M10.00 Gota idiopática, lugar no especificado	M10.18 Gota inducida por plomo, vértebras	especificada
M10.011 Gota idiopática, hombro derecho	M10.19 Gota inducida por plomo, múltiples centros	M10.341 Gota debida a insuficiencia renal, mano derecha
M10.012 Gota idiopática, hombro izquierdo	M10.20 Gota inducida por fármacos, lugar no especificado	M10.342 Gota debida a insuficiencia renal, mano izquierda
M10.019 Gota idiopática, hombro no especificado	M10.211 Gota inducida por fármacos, hombro derecho	M10.349 Gota debida a insuficiencia renal, mano no especificada
M10.021 Gota idiopática, codo derecho	M10.212 Gota inducida por fármacos, hombro izquierdo	M10.351 Gota debida a insuficiencia renal, cadera derecha
M10.022 Gota idiopática, codo izquierdo	M10.219 Gota inducida por fármacos, hombro no especificado	M10.352 Gota debida a insuficiencia renal, cadera izquierda
M10.029 Gota idiopática, codo no especificado	M10.221 Gota inducida por fármacos, codo derecho	M10.359 Gota debida a insuficiencia renal, cadera no especificada
M10.031 Gota idiopática, muñeca derecha	M10.222 Gota inducida por fármacos, codo izquierdo	M10.361 Gota debida a insuficiencia renal, rodilla derecha
M10.032 Gota idiopática, muñeca izquierda	M10.229 Gota inducida por fármacos, codo no especificado	M10.362 Gota debida a insuficiencia renal, rodilla izquierda
M10.039 Gota idiopática, muñeca no especificada	M10.231 Gota inducida por fármacos, muñeca derecha	M10.369 Gota debida a insuficiencia renal, rodilla no especificada
M10.041 Gota idiopática, mano derecha	M10.232 Gota inducida por fármacos, muñeca izquierda	M10.371 Gota debida a insuficiencia renal, tobillo y pie derechos
M10.042 Gota idiopática, mano izquierda	M10.239 Gota inducida por fármacos, muñeca no especificada	M10.372 Gota debida a insuficiencia renal, tobillo y pie izquierdos
M10.049 Gota idiopática, mano no especificada	M10.241 Gota inducida por fármacos, mano derecha	M10.379 Gota debida a insuficiencia renal, tobillo y pie no especificados
M10.051 Gota idiopática, cadera derecha	M10.242 Gota inducida por fármacos, mano izquierda	M10.38 Gota debida a insuficiencia renal, vértebras
M10.052 Gota idiopática, cadera izquierda	M10.249 Gota inducida por fármacos, mano no especificada	M10.39 Gota debida a insuficiencia renal, múltiples localizaciones
M10.059 Gota idiopática, cadera no especificada	M10.251 Gota inducida por fármacos, cadera derecha	M10.40 Otro lugar de gota secundario no especificado
M10.061 Gota idiopática, rodilla derecha	M10.252 Gota inducida por fármacos, cadera izquierda	M10.411 Otra gota secundaria, hombro derecho
M10.062 Gota idiopática, rodilla izquierda	M10.259 Gota inducida por fármacos, cadera no especificada	M10.412 Otra gota secundaria, hombro izquierdo
M10.069 Gota idiopática, rodilla no especificada	M10.261 Gota inducida por fármacos, rodilla derecha	M10.419 Otra gota secundaria, hombro no especificado
M10.071 Gota idiopática, tobillo y pie derechos	M10.262 Gota inducida por fármacos, rodilla izquierda	M10.421 Otra gota secundaria, codo derecho
M10.072 Gota idiopática, tobillo y pie izquierdos	M10.269 Gota inducida por fármacos, rodilla no especificada	M10.422 Otra gota secundaria, codo izquierdo
M10.079 Gota idiopática, tobillo y pie no especificados	M10.271 Gota inducida por fármacos, tobillo y pie derechos	M10.429 Otra gota secundaria, codo no especificado
M10.08 Gota idiopática, vértebras	M10.272 Gota inducida por fármacos, tobillo y pie izquierdos	M10.431 Otra gota secundaria, muñeca derecha
M10.09 Gota idiopática, múltiples localizaciones	M10.279 Gota inducida por fármacos, tobillo y pie no especificados	M10.432 Otra gota secundaria, muñeca izquierda
M10.10 Gota inducida por plomo, lugar no especificado	M10.28 Gota inducida por fármacos, vértebras	M10.439 Otra gota secundaria, muñeca no especificada
M10.111 Gota inducida por plomo, hombro derecho	M10.29 Gota inducida por fármacos, múltiples localizaciones	M10.441 Otra gota secundaria, mano derecha
M10.112 Gota inducida por plomo, hombro izquierdo	M10.30 Gota debida a insuficiencia renal, lugar no especificado	M10.442 Otra gota secundaria, mano izquierda
M10.119 Gota inducida por plomo, hombro no especificado	M10.311 Gota debida a insuficiencia renal, hombro derecho	M10.449 Otra gota secundaria, mano no especificada
M10.121 Gota inducida por plomo, codo derecho	M10.312 Gota debida a insuficiencia renal, hombro izquierdo	M10.451 Otra gota secundaria, cadera derecha
M10.122 Gota inducida por plomo, codo izquierdo	M10.319 Gota debida a insuficiencia renal, hombro no especificado	M10.452 Otra gota secundaria, cadera izquierda
M10.129 Gota inducida por plomo, codo no especificado	M10.321 Gota debida a insuficiencia renal, codo derecho	M10.459 Otra gota secundaria, cadera no especificada
M10.131 Gota inducida por plomo, muñeca derecha	M10.322 Gota debida a insuficiencia renal, codo izquierdo	M10.461 Otra gota secundaria, rodilla derecha
M10.132 Gota inducida por plomo, muñeca izquierda	M10.329 Gota debida a insuficiencia renal, codo no especificado	M10.462 Otra gota secundaria, rodilla izquierda
M10.139 Gota inducida por plomo, muñeca no especificada	M10.331 Gota debida a insuficiencia renal, muñeca derecha	M10.469 Otra gota secundaria, rodilla no especificada
M10.141 Gota inducida por plomo, mano derecha	M10.332 Gota debida a insuficiencia renal, muñeca izquierda	M10.471 Otra gota secundaria, tobillo y pie derechos
M10.142 Gota inducida por plomo, mano izquierda	M10.339 Gota debida a insuficiencia renal, muñeca no especificada	M10.472 Otra gota secundaria, tobillo y pie izquierdos
M10.149 Gota inducida por plomo, mano no especificada		M10.479 Otra gota secundaria, tobillo y pie no especificados
M10.151 Gota inducida por plomo, cadera derecha		M10.48 Otra gota secundaria, vértebras
M10.152 Gota inducida por plomo, cadera izquierda		M10.49 Otra gota secundaria en múltiples ubicaciones
M10.159 Gota inducida por plomo, cadera no especificada		M10.9 Gota, sin especificar
M10.161 Gota inducida por plomo, rodilla derecha		
M10.162 Gota inducida por plomo, rodilla izquierda		
M10.169 Gota inducida por plomo, rodilla no especificada		
M10.171 Gota inducida por plomo, tobillo y pie derechos		
M10.172 Gota inducida por plomo, tobillo y pie izquierdos		
M10.179 Gota inducida por plomo, tobillo y pie no especificados		

Para ver más Códigos de diagnósticos del ICD-10 asociados con el uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que pueden ser pertinentes, visite cortrophinhcp.com/ICD10 para obtener la lista completa.

Consulte las Indicaciones y la Información de seguridad importante en las páginas 4 y 5 y la [Información de prescripción completa](http://cortrophinhcp.com) o visite Cortrophinhcp.com.