

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

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 cortrophinhcp.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 (incluya el MD o DO supervisor, cuando proceda)

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 Receta: Purified Cortrophin Gel (inyección de corticotropina de acción prolongada, USP)

Código de diagnóstico ICD-10 Para ver una lista de los Códigos de diagnósticos 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 4, o vea la lista completa en cortrophinhcp.com/icd10.

Purified Cortrophin Gel N.º de NDC 62559-860-15

Vial multidosis de 5 mL que contiene 80 unidades USP/ml
Para inyección intramuscular o subcutánea

Si necesita ayuda para determinar la cantidad de viales de 5 mL necesarios, siga estos 2 sencillos pasos.

Paso 1: Calcule el total de unidades necesarias __ unidades por dosis x __ dosis por semana x __ duración en semanas = __ total de unidades necesarias

Paso 2: Calcule la cantidad de viales necesarios __ total de unidades necesarias ÷ 400 unidades por vial = __ total de viales necesarios (redondee hasta el siguiente vial completo)

Vía de administración (inyección)

☐ Subcutánea ☐ Intramuscular

Seleccione la dosis

☐ 40 unidades ☐ 80 unidades ☐ Otra: _____

Frecuencia

☐ 2 veces por semana ☐ 3 veces por semana ☐ Otra: _____

Duración:

Cantidad de viales de dosis múltiples de 5 mL: _____

Reposiciones:

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

La farmacia entregará suministros suficientes para la terapia.

☐ Sí, deseo 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

☐ 1 mL ☐ 3 mL ☐ Otra: _____

Tamaño de la aguja para extracción

☐ Aguja calibre 20, 1" ☐ Otra: _____

Tamaño de la aguja para inyección

☐ Aguja calibre 25, 5/8" ☐ Aguja calibre 25, 1"

☐ Aguja calibre 23, 1" ☐ Aguja calibre 23, 3/4"

☐ Recipiente para objetos punzantes

0 Purified Cortrophin Gel de dosis única Jeringa precargada

Solo para inyección subcutánea

Seleccione la dosis

☐ 80 unidades USP/ml N.º de NDC 62559-861-11
☐ 40 unidades USP/0.5 mL N.º de NDC 62559-861-35

Frecuencia

☐ 2 veces por semana
☐ 3 veces por semana
☐ Otra: _____

Duración:

Cantidad de jeringas precargadas: _____

Reposiciones:

☐ Recipiente para objetos punzantes

Instrucciones de disminución de dosis: Instrucciones especiales, ajuste o disminución de la dosis, si corresponde

Alergias ☐ Sin alergias medicamentosas conocidas

☐ 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.

Entrenamiento para pacientes para inyectar Cortrophin Gel

☐ Al marcar esta casilla, solicito que se coordine con mi paciente un entrenamiento para inyectar sin costo. Comprendo que este servicio está disponible para visitas múltiples en persona o virtuales, y está ideado solo como entrenamiento para colocar inyecciones.

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 declaración de necesidad médica en la página 2.

DISPENSAR TAL COMO ESTÁ ESCRITO

FECHA

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 descontinuamos el tratamiento con el Producto, ni el paciente ni yo incurrirémos 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 llevo 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 de 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.

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

Estados edematosos

M32.14 Enfermedad glomerular en lupus eritematoso sistémico

M32.15 Nefropatía tubulointersticial en lupus eritematoso sistémico

N04.0 Síndrome nefrótico con anomalía glomerular mínima

N04.1 Síndrome nefrótico con lesiones glomerulares focales y segmentarias

N04.2 Síndrome nefrótico con glomerulonefritis membranosa difusa

N04.20 Síndrome nefrótico con glomerulonefritis membranosa difusa, no especificada

N04.21 Nefropatía membranosa primaria con síndrome nefrótico

N04.29 Otro síndrome nefrótico con glomerulonefritis membranosa difusa

N04.3 Síndrome nefrótico con glomerulonefritis proliferativa mesangial difusa

N04.B1 Síndrome nefrótico con glomerulonefritis membranoproliferativa del complejo inmunitario idiopático (IC-MPGN)

Trastornos del sistema nervioso

G35.A Esclerosis múltiple recurrente-remitente

G35.B0 Esclerosis múltiple primaria progresiva, no especificada

G35.B1 Esclerosis múltiple progresiva primaria activa

G35.C0 Esclerosis múltiple secundaria progresiva, no especificada

G35.C1 Esclerosis múltiple progresiva secundaria activa

G35.D Esclerosis múltiple, no especificada

H46.8 Otros tipos de neuritis óptica

Trastornos reumáticos y enfermedades del tejido conjuntivo

M05.79 Artritis reumatoide con factor reumatoide sin afectación de órganos ni sistemas, localizaciones múltiples

M06.9 Artritis reumatoide, no especificada

M08.00 Artritis reumatoide juvenil no especificada, localización no especificada

L40.50 Artropatía psoriásica, no especificada

L40.59 Otros tipos de artropatía psoriásica

M32.9 Lupus eritematoso sistémico, no especificado

M32.10 Lupus eritematoso sistémico, afectación de órgano o sistema no especificado

M32.14 Enfermedad glomerular en lupus eritematoso sistémico

M33.12 Otros tipos de dermatomiositis con miopatía

M33.20 Polimiositis, afectación de órgano no especificado

M33.22 Polimiositis con miopatía

Enfermedades respiratorias

D86.0 Sarcoïdosis pulmonar

D86.1 Sarcoïdosis de los ganglios linfáticos

D86.2 Sarcoïdosis pulmonar con sarcoïdosis de los ganglios linfáticos

D86.3 Sarcoïdosis de piel

D86.81 Meningitis sarcoïdeas

D86.82 Parálisis de múltiples pares craneales en sarcoïdosis

D86.83 Iridociclitis sarcoïdeas

D86.84 Pielonefritis sarcoïdeas

D86.85 Miocarditis sarcoïdeas

D86.86 Artropatía sarcoïdeas

D86.87 Miositis sarcoïdeas

D86.89 Sarcoïdosis de otras localizaciones

D86.9 Sarcoïdosis, no especificada

Visite cortrophinhcp.com/icd10 para obtener una lista completa.

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.
- Sarcoïdosis 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 hipotasemia:** La corticotropina puede provocar el aumento de la presión arterial, retención de agua y sal, y mayor eliminación de potasio o calcio.

Consulte las Indicaciones y la Información de seguridad importante en las páginas 4-6, y la **Información de prescripción completa** o visite cortrophinhcp.com.

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

5 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: _____

También puede encontrar una lista completa de farmacias especializadas en las que Cortrophin Gel está disponible al escanear este código QR o al visitar cortrophinhcp.com/specialtypharmacies



Documentación clínica

NOTA: Muchos procesos de autorización previa requieren los antecedentes de tratamiento del paciente pertinentes. Las secciones 6-10 del formulario de inscripción se pueden enviar a la farmacia especializada y/o al pagador como apoyo para la autorización previa o la reclamación facturada.

☐ Envíe esta documentación clínica en mi nombre al pagador para su revisión.

☐ Solicite la revisión acelerada, debido a que el paciente está experimentando una exacerbación aguda en la actualidad.

6 Antecedentes de uso de corticoesteroides (Marque todas las opciones que correspondan)

Se observaron las respuestas siguientes durante el uso previo 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
- ☐ El paciente no tenía acceso intravenoso
- ☐ Otra: _____

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

- ☐ Metilprednisolona oral o por vía intravenosa
- ☐ Dexametasona oral o por vía intravenosa
- ☐ Prednisona oral
- ☐ Prednisolona oral
- ☐ Otra: _____

7 Antecedentes de tratamiento reciente pertinentes (Incluya el historial de corticoesteroides)

Medicamento	Dosis	Fecha de inicio	Fecha en que lo dejó (si corresponde)	Detalles del tratamiento/Resultados

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.

Consulte las Indicaciones y la Información de seguridad importante en las páginas 4-6, y la **Información de prescripción completa** o visite cortrophinhcp.com.

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

8 SOLO PARA NEFRÓLOGOS: información médica

¿Es para un paciente de trasplante de riñón?

☐ Sí ☐ No

Etiología

- | | |
|--|---|
| ☐ Glomeruloesclerosis focal y segmentaria | ☐ Nefropatía por inmunoglobulina A |
| ☐ Enfermedad de cambios mínimos | ☐ Nefritis lúpica |
| ☐ Nefropatía membranosa | |

9 SOLO PARA REUMATÓLOGOS: información médica

Uso indicado en función del diagnóstico

Si el diagnóstico es artritis reumatoide, incluida la artritis reumatoide juvenil, Cortrophin Gel se receta para lo siguiente:

- ☐ Tratamiento complementario de administración a corto plazo (para ayudar al paciente a superar un episodio agudo o una exacerbación)
- ☐ Tratamiento de mantenimiento de dosis baja (en determinados casos)

Para otros diagnósticos, Cortrophin Gel se receta para lo siguiente:

- ☐ Como tratamiento de mantenimiento (en determinados casos)

☐ Otra:

Afectación de órganos (p. ej., pulmones, huesos, piel, etc.)

10 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)

- **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 tuberculina:** 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 cushingoide; 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 4-6, y la [Información de prescripción completa](#) o visite cortrophinhcp.com.