



# IPSEN CARES

## Formulario de Inscripción

Por favor imprima el formulario,  
llénelo por completo, fírmelo y  
ENVÍE FAX AL 1-888-525-2416

Para ser llenado por el paciente y la oficina del médico.

Capacitación de Inyección Servicios de Salud  Únicamente Verificación de Beneficios  Servicios de Salud y Enfermería en el Hogar  Llamadas de Adhesión

### PACIENTE

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_ Teléfono del Cuidador/Contacto Alterno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Nombre del Cuidador/Contacto Alterno \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Relación del Cuidador/Contacto Alternativo con Paciente \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

### SEGUROS

Llene o adjunte la copia del anverso y reverso de las tarjetas del seguro principal y secundario para beneficios farmacéuticos y médicos del paciente.

¿Está asegurado el paciente?  Sí  No  
¿Tiene el paciente seguro secundario?  Sí  No  
Compañía de Seguro Farmacéutico \_\_\_\_\_ # Póliza/Empleador/Grupo \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Compañía de Seguros (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono e la Compañía de Seguros (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# ID de Póliza del Suscriptor \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ # ID de Póliza del Suscriptor \_\_\_\_\_  
¿El Médico es un Proveedor Participante? (marque una)  Participante  No Participante

### RECETADOR

Nombre del Recetador \_\_\_\_\_ Dirección Física \_\_\_\_\_  
# DEA \_\_\_\_\_ # Licencia Estatal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
# Identificación Fiscal \_\_\_\_\_ # NPI \_\_\_\_\_ Contacto de la Oficina y Título \_\_\_\_\_  
# Proveedor Medicaid (Requerido si el Paciente tiene Medicaid) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# PTAN Medicare (Requerido si el Paciente tiene Medicare) \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Oficina/Institución \_\_\_\_\_ Método de Contacto Preferido  Teléfono  Fax  Correo Electrónico  
Especialidad  Oncólogo  Endocrinólogo  Otra \_\_\_\_\_

### RECETA

Inyección de Somatuline® Depot (lanreótida)

Indicación	Potencia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Acromegalia	<input type="checkbox"/> 60 mg <input type="checkbox"/> 90 mg <input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> 6 semanas (intervalo de dosis extendido) <input type="checkbox"/> 8 semanas (intervalo de dosis extendido) <input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Tumor Neuroendocrino Gastroenteropancreatico (por sus siglas en inglés GEP-NET)	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Síndrome Carcinoide	<input type="checkbox"/> 120 mg	<input type="checkbox"/> 4 semanas <input type="checkbox"/> Otra _____

Cantidad \_\_\_\_\_ Número de Recargas \_\_\_\_\_

### Ruta: Subcutáneo Profundo

Sitio de Atención  Oficina del Médico  Hospital/Ambulatorio  Centro de Infusión  Otro \_\_\_\_\_  
Sitio de la Inyección  En glúteos superiores exteriores, rotar entre lados  Otro \_\_\_\_\_  
Instrucciones de Uso \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN DEL RECETADOR/GERENTE DE LA OFICINA:

(El Recetador deberá firmar si este formulario se va a utilizar como una receta para presentar a una Farmacia de Especialidades, solicitar Capacitación de Inyección, solicitar Servicios de Salud en el Hogar (por sus siglas en inglés "HHA") o para inscribir al paciente para recibir productos gratis como parte del Programa de Asistencia del Paciente (PAP). El gerente de la oficina del Recetador podrá firmar si la solicitud se limita a Verificación de Beneficios o Apoyo con la Asistencia de Copago.)

Mediante la firma a continuación, certifico que una receta firmada por un recetador autorizado está en el expediente para la terapia citada arriba y que el paciente nombrado en este formulario ha proporcionado la autorización necesaria para liberar la información aquí contenida e información médica y/o del paciente relacionada con la terapia Somatuline Depot a Ipsen y sus agentes o contratistas con el propósito de buscar reembolso para la terapia Somatuline Depot, asistir a iniciar o continuar la terapia Somatuline Depot, y/o evaluar la elegibilidad del paciente para los programas de apoyo a los pacientes de Ipsen administrados por IPSEN CARES. Autorizo a Ipsen para ser mi agente y para enviar esta receta, por fax u otro modo de entrega, a la farmacia elegida por el paciente nombrado en este formulario. Para el estado de Nueva York, las copias de todas las recetas deben estar en formularios de recetas oficiales de Nueva York. Certifico que cualquier medicamento recibido de Ipsen en relación con cualquier programa IPSEN CARES será utilizado únicamente para el paciente nombrado.

Estos medicamentos no serán ofrecidos para venta, comercio o trueque. Adicionalmente, ninguna reclamación para reembolso será presentada en relación con estos medicamentos a ningún pagador, incluyendo Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa de seguro de salud federal o estatal, y ningún medicamento será devuelto por crédito. Si el paciente nombrado no regresa para terapia, el producto será devuelto a Ipsen. Reconozco que he asistido al paciente a inscribirse en IPSEN CARES exclusivamente para propósitos del cuidado del paciente y no en consideración, expectativa o recepción real de remuneración de cualquier tipo.

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SECCIÓN DE ACROMEGALIA (Si es Aplicable)

### LA INYECCIÓN DE SOMATULINE® DEPOT (LANREÓTIDA) ES UN ANÁLOGO DE LA SOMATOSTATINA INDICADO PARA:

El tratamiento a largo plazo de pacientes con acromegalia que hayan tenido una respuesta inadecuada a la cirugía y/o la radioterapia, o para quienes la cirugía y/o la radioterapia no sea una opción; el objetivo del tratamiento en acromegalia es reducir los niveles de la hormona del crecimiento (por sus siglas en inglés GH) y el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) a valores normales.

¿Ha documentado que su paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o que no puede ser tratado con cirugía y/o radioterapia?

Sí  No

Diagnóstico  Acromegalia (Código ICD-10-CM) \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Código CPT \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Inicio de Terapia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Se han utilizado otros productos para tratar a este paciente?  Sí  No Producto \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Inyección \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias  Ninguna Alergia a Medicamento Conocida  Liste las Alergias \_\_\_\_\_

Liste los Medicamentos \_\_\_\_\_

## SECCIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROENTEROPANCREÁTICO (GEP-NET) Y SÍNDROME CARCINOIDE

(Si es Aplicable)

### La inyección de SOMATULINE® DEPOT (lanreótida) es un análogo de la somatostatina indicado para:

El tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (por sus siglas en inglés GEP-NET) irresecables, bien o moderadamente diferenciados, avanzados localmente o metastásicos, para mejorar la supervivencia libre de progresión.

El tratamiento de adultos con síndrome carcinoide; cuando se utiliza, reduce la frecuencia de la terapia de rescate análoga de corta actuación con somatostatina.

Diagnóstico  GEP-NET (ICD-10-CM Code) \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Síndrome Carcinoide (Código ICD-10-CM) \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Código CPT \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Inicio de Terapia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Han sido utilizados otros productos para tratar a este paciente?  Sí  No Producto \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Inyección \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias  Ninguna Alergia a Medicamento Conocida  Liste las Alergias \_\_\_\_\_

Liste los Medicamentos \_\_\_\_\_

## APOYO AL PACIENTE

¿Le gustaría que le proporcionemos Asistencia Temporal al Paciente si el paciente es elegible?  Sí  No

¿Le gustaría solicitar capacitación de inyección y soporte de enfermería de una enfermera IPSEN CARES para su personal?  Sí  No

Si sí, la ubicación solicitada para la capacitación es la  Oficina del Recetador  Otra Oficina/Clínica del Médico \_\_\_\_\_

¿Le gustaría solicitar administración de Somatuline® Depot para su paciente en el hogar por una enfermera de IPSEN CARES si el paciente es elegible?  Sí  No

## FARMACIA DE ESPECIALIDADES Y COMPRE Y FACTURE

¿Va a utilizar la Farmacia de Especialidades o Compre y Facture?  Farmacia de Especialidades  Compre y Facture

Farmacia de Especialidades Preferida \_\_\_\_\_

¿Ya envió la receta a la Farmacia de Especialidades?  Sí  No Si sí, por favor proporcione el nombre de la Farmacia de Especialidades \_\_\_\_\_

## INDICACIONES

La inyección de SOMATULINE® DEPOT (lanreótida) es un análogo de la somatostatina indicado para:

- El tratamiento a largo plazo de pacientes con acromegalia que hayan tenido una respuesta inadecuada a la cirugía y/o la radioterapia, o para quienes la cirugía y/o la radioterapia no sea una opción; el objetivo del tratamiento en acromegalia es reducir los niveles de la hormona del crecimiento (por sus siglas en inglés GH) y el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) a valores normales;
- El tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (GEP-NET) irresecables, bien o moderadamente diferenciados, localmente avanzados o metastásicos para mejorar la subsistencia libre de progresión; y
- El tratamiento de adultos con síndrome carcinoide; cuando se utiliza, reduce la frecuencia de la terapia de rescate análoga de corta actuación con somatostatina.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

### Contraindicaciones

- SOMATULINE DEPOT está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a la lanreótida. Se han reportado reacciones alérgicas (incluyendo angioedema y anafilaxia) después de la administración de lanreótida.

Por favor vea la [Información de Prescripción](#) completa y la [Información para el Paciente](#), que se adjunta.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD, CONTINUACIÓN

### Advertencias y Precauciones

- **Colelitiasis y Lodo Biliar**
  - SOMATULINE DEPOT puede reducir la motilidad de la vesícula y dar como consecuencia la formación de cálculos biliares.
  - El monitoreo periódico podría ser necesario.
- **Hipoglucemia o Hiperglucemia**
  - Los estudios farmacológicos muestran que SOMATULINE DEPOT, como la somatostina y otros análogos de la somatostina, inhibe la secreción de insulina y glucagón. Los pacientes tratados con SOMATULINE DEPOT podrían experimentar hipoglucemia o hiperglucemia.
  - Los niveles de glucosa en la sangre deberán ser monitoreados cuando se inicie tratamiento con SOMATULINE DEPOT, o cuando la dosis sea alterada y el tratamiento antidiabético deberá ajustarse en consecuencia.
- **Anormalidades Cardiovasculares**
  - SOMATULINE DEPOT puede disminuir el ritmo cardiaco.
  - En estudios cardiacos con pacientes agromegálicos, las reacciones cardiacas adversas más comunes son bradicardia sinusal, bradicardia e hipertensión.
  - En pacientes en estudio pivote en GEP-NET, el 23% de los pacientes tratados con SOMATULINE DEPOT tuvieron una frecuencia cardiaca de menos de 60 lpm, comparado con el 16% de los pacientes tratados con placebo. La incidencia de bradicardia fue similar en los grupos de tratamiento. Inicie administración médica adecuada en pacientes con bradicardia sintomática.
  - En pacientes sin enfermedades cardiacas subyacentes, SOMATULINE DEPOT puede conducir a una disminución en la frecuencia cardiaca sin alcanzar necesariamente el umbral de bradicardia. En pacientes que han sufrido trastornos cardiacos antes del tratamiento, puede ocurrir bradicardia sinusal. Debe tomarse cuidado cuando se inicie el tratamiento en pacientes con bradicardia.
- **Anormalidades de la Función Tiroidea**
  - Se ha visto una disminución ligera en la función de la tiroides durante el tratamiento con lanréotida en pacientes agromegálicos.
  - Se recomienda hacer pruebas de la función tiroidea cuando sea adecuado clínicamente.
- **Monitoreo/Pruebas de Laboratorio:** En acromegalia, los niveles de GH y IGF-1 en el suero son marcadores útiles de la enfermedad y la efectividad del tratamiento.

### Reacciones Adversas

- **Acromegalia:** Las reacciones adversas que ocurrieron en el 9% o más de los pacientes que recibieron SOMATULINE DEPOT en los estudios de seguridad agrupados generales en acromegalia fueron diarrea (37%), colestiasis (20%), dolor abdominal (19%), nauseas (11%), y reacciones en el sitio de inyección (9%).
- **GEP-NET:** Las reacciones adversas que ocurrieron en más del 10% de los pacientes que recibieron SOMATULINE DEPOT en el estudio GEP-NET fueron dolor abdominal (34%), dolor musculoesquelético (19%), vómito (19%), dolor de cabeza (16%), reacción en el sitio de inyección (15%), hiperglucemia (14%), hipertensión (14%), y colestiasis (14%).
- **Síndrome Carcinoide:** Las reacciones adversas que ocurrieron en el estudio en síndrome carcinoide fueron generalmente similares a las observadas en el estudio en GEP-NET. Las reacciones adversas que ocurrieron en más del 5% de los pacientes que recibieron SOMATULINE DEPOT en el estudio en síndrome carcinoide y ocurrieron por lo menos 5% más que con el placebo fueron dolor de cabeza (12%), mareos (7%) y espasmo muscular (5%).

**Interacciones del Medicamento:** SOMATULINE DEPOT podría disminuir la absorción de la ciclosporina (podría ser necesario un ajuste en la dosis), aumentar la absorción de bromocriptina y requerir ajuste en la dosis de medicamentos que inducen la bradicardia (por ejemplo los betabloqueadores).

### Poblaciones Especiales

- **Lactancia:** Informe a mujeres que no amamenten durante el tratamiento y durante los 6 meses posteriores a la última dosis.
- **Insuficiencia Renal y Hepática Moderada a Severa:** Vea la información de Prescripción completa para los ajustes de dosis en los pacientes con acromegalia.

Para reportar REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS, contacte a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. al 1-855-463-5127 o a la FDA al 1-800-FDA-1088 o en [www.fda.gov/medwatch](http://www.fda.gov/medwatch).

Por favor vea la [Información de Prescripción completa](#) y la [Información para el Paciente](#), que de adjunta.

**IPSEN CARES**<sup>®</sup>  
Coverage. Access. Reimbursement & Education Support



**Somatuline<sup>®</sup> Depot**  
(lanreotide) Injection 60mg 90mg 120mg

Por favor imprima el formulario, fírmelo y envíelo por fax a IPSEN CARES al número que se muestra arriba o envíelo a:

**IPSEN CARES Program**  
Ipsen Biopharmaceuticals, Inc.  
11800 Weston Parkway Cary, NC 27513

## Autorización del Paciente

### Autorización y Firma del Paciente - Programa IPSEN CARES<sup>®</sup>

Autorizo a mis proveedores de servicios de salud (incluyendo las farmacias que podrían recibir mi receta para Somatuline Depot) a divulgar información de salud personal (por sus siglas en inglés "PHI") acerca de mí, incluyendo información de salud relacionada con mi condición médica, receta y cobertura del seguro, a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc., sus afiliadas y sus agentes que han sido contratados para administrar el programa de Apoyo a la Cobertura, Acceso, Reembolso y Educación de IPSEN (IPSEN CARES) en su representación (conjuntamente, "Ipsen") a fin de que Ipsen (1) me inscriba en IPSEN CARES; (2) establezca mi elegibilidad para beneficios y posibles costos de bolsillo de Somatuline Depot; (3) se comunique con mis proveedores de servicios de salud y planes de salud acerca de mi plan de tratamiento; (4) proporcione servicios de apoyo incluyendo educación del paciente y asistencia financiera para Somatuline Depot; (5) ayude a que Somatuline Depot sea enviado a mí o a mis proveedores de servicios de salud; (6) evalúe mi elegibilidad para la administración de servicios de salud en el hogar si es solicitado por mi médico; y (7) facilite mi participación en los programas de pacientes de Somatuline Depot que he elegido para recibir información, como se indica a continuación. Estoy de acuerdo en que, utilizando la información de contacto que proporcioné, Ipsen me puede contactar por razones relacionadas con el programa IPSEN CARES y servicios de apoyo y podría dejar mensajes para mí que pudieran divulgar que recibo terapia Somatuline Depot. Acepto ser contactado por un representante del programa IPSEN CARES a fin de que el programa obtenga mayor información o clarificación respecto de cualquier evento adverso que yo pudiera experimentar.

Entiendo que una vez que mi PHI ha sido divulgada a Ipsen, ya no está protegida por las leyes federales de privacidad e Ipsen la puede divulgar nuevamente; sin embargo, Ipsen ha acordado proteger mi PHI, utilizándola y divulgándola únicamente para los propósitos descritos anteriormente o como lo requiera la ley. Entiendo que mis proveedores de servicios de salud podrían recibir remuneración de Ipsen a cambio de mi PHI y/o por cualquier servicio de terapia de apoyo que se me proporcione.

Puedo revocar esta autorización llamando a IPSEN CARES al 1-866-435-5677 o enviando un carta solicitando dicha revocación a IPSEN CARES, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513, pero no cambiará ninguna de las acciones tomadas antes de que yo haya retirado la autorización. La revocación de la autorización terminará usos futuros y divulgaciones de mi PHI por las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que esos usos y divulgaciones se hayan hecho con base en mi autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en los programas IPSEN CARES, pero no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi habilidad para buscar pago para este tratamiento, ni afectará mi inscripción en el seguro o elegibilidad para la cobertura del seguro. Esta autorización vence un año después de la fecha en que la firmo a continuación. Entiendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Paciente \_\_\_\_\_

## ¿Qué es la inyección de SOMATULINE® DEPOT (lanreótida)?

SOMATULINE DEPOT es un medicamento recetado que se utiliza en adultos para:

- el tratamiento a largo plazo de personas con acromegalia cuando la cirugía o la radioterapia no han funcionado lo suficientemente bien, o un paciente no puede someterse a cirugía o radioterapia;
- el tratamiento de un tipo de cáncer conocido como tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal o del páncreas (GEP-NETs) que se han propagado o que no se pueden remover mediante cirugía; y
- el tratamiento del síndrome carcinoide para reducir la necesidad de utilizar la medicina somatostatina de reacción corta. No se sabe si

SOMATULINE DEPOT es segura y efectiva en niños.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

- **No tome SOMATULINE DEPOT si es alérgico la lanreótida.**
- **SOMATULINE DEPOT puede causar efectos secundarios serios, incluyendo:**
  - Cálculos biliares,
  - Cambios en el azúcar en la sangre (azúcar en la sangre alta o baja),
  - Frecuencia cardíaca lenta,
  - Presión sanguínea alta, y
  - Cambios en la función tiroidea en pacientes agromegálicos.

Dígale a su proveedor de servicios de salud (por sus siglas en inglés "HCP") si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- **Los síntomas de cálculos biliares** pueden incluir dolor súbito en el área superior derecha del estómago (abdomen), dolor súbito en el hombro derecho o entre los omoplatos, palidez en la piel y el blanco de los ojos, fiebre con escalofríos y náuseas.
- **Los síntomas de azúcar alta en la sangre** pueden incluir mayor sed, apetito aumentado, náuseas, debilidad o cansancio, orinar más de lo normal y aliento afrutado.
- **Los síntomas de azúcar baja en la sangre** pueden incluir mareos o aturdimiento, sudoración, confusión, dolor de cabeza, visión borrosa, balbuceo, temblores, latidos acelerados del corazón, irritabilidad o cambios de humor, y hambre.
- **Los síntomas de frecuencia cardíaca lenta** pueden incluir mareos o aturdimiento, desmayo o desvanecimiento, dolor en el pecho, dificultad para respirar, confusión o problemas de memoria, y debilidad o cansancio extremo.
- SOMATULINE DEPOT puede causar que la glándula tiroidea no produzca suficiente hormona tiroidea en personas con acromegalia. Los síntomas de niveles de tiroide bajos pueden incluir fatiga, aumento de peso, cara hinchada, tener frío todo el tiempo, constipación, piel seca, escasez o sequedad del cabello, sudoración disminuida y depresión.
- **Efectos secundarios más comunes de SOMATULINE DEPOT en personas con:**
  - **Acromegalia:** diarrea; dolor estomacal (abdominal); náuseas; y dolor, comezón, o un bulto en la zona de inyección.
  - **GEP-NET:** dolor en el área estomacal (abdominal); dolores musculares y de articulaciones; vómito; dolor de cabeza; y dolor, comezón o un bulto en el sitio de inyección.
  - **Síndrome Carcinoide:** dolor de cabeza, mareos, o espasmo muscular; los efectos secundarios fueron generalmente similares a aquellos comúnmente vistos en GEP-NET.
- SOMATULINE DEPOT puede causar mareos. Si esto ocurre, no maneje un coche ni opere maquinaria.
- Informe inmediatamente a su HCP si tiene síntomas de una reacción alérgica después de recibir SOMATULINE DEPOT, incluyendo sudoración de la cara, labios o lengua; problemas de respiración; desmayo, mareos o aturdimiento (presión arterial baja); comezón; enrojecimiento de la piel; sarpullido; o urticaria.
- **Antes de tomar SOMATULINE DEPOT, informe a su HCP acerca de todas sus condiciones médicas, incluyendo si:** tiene diabetes; tiene problemas de la vesícula, corazón, tiroides, riñones o del hígado; está embarazada o planea embarazarse; o está amamantando o planea amamantar. Se desconoce si SOMATULINE DEPOT dañará a su bebé nonato o si pasa a la leche materna. No debe amamantar si recibe SOMATULINE DEPOT y durante los 6 meses posteriores a su última dosis. SOMATULINE DEPOT puede afectar su habilidad para embarazarse.
- **Informe a su HCP acerca de todos los medicamentos que toma,** incluyendo la los medicamentos recetados y los de venta libre, vitaminas y suplementos herbales. SOMATULINE DEPOT y otros medicamentos pueden afectarse la una a la otra, causando efectos secundarios. SOMATULINE DEPOT puede afectar la forma la que los medicamentos funcionan, y otros medicamentos pueden afectar cómo funciona SOMATULINE DEPOT. Su dosis de SOMATULINE DEPOT o de sus otros medicamentos podrían requerir ajustes. Si tiene diabetes, su HCP podría cambiar su dosis del medicamento de diabetes cuando comience a recibir SOMATULINE DEPOT por primera vez, o si su dosis de SOMATULINE DEPOT cambia.
- **En especial informe a su HCP si toma:**
  - Insulina u otros medicamentos para la diabetes,
  - Una ciclosporina (Gengraf, Neoral, o Sandimmune), o
  - Medicamentos que bajan la frecuencia cardíaca, tales como los betabloqueadores.

Conozca las medicinas que toma. Mantenga una lista de ellas para mostrar a su HCP cuando se le recete un nuevo medicamento.

**Informe a su HCP si tiene cualquier efecto secundario que le moleste o que no desaparezca.** Éstos no son todos los efectos secundarios posibles de SOMATULINE DEPOT. Para mayor información, pregunte a su HCP.

Para reportar **REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS**, ccontacte a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. al 1-855-463-5127 o a la FDA al 1-800-FDA-1088 o en [www.fda.gov/medwatch](http://www.fda.gov/medwatch).

Por favor vea la [Información de Prescripción](#) completa y la [Información para el Paciente](#) que se adjunta. ¿Preguntas? Llame a IPSEN CARES al 1-866-435-5677

**IPSEN CARES®**  
Coverage. Access. Reimbursement & Education Support

## Información Adicional sobre el Producto y de Apoyo

- Estoy de acuerdo en ser contactado por mensajes de texto automatizados (“textos”) al número de teléfono móvil que proporcioné a continuación para el propósito de ayudarme/ayudar al paciente a continuar la terapia, los cuales pueden promover o publicitar los productos Ipsen incluidos en el plan de terapia. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece y no es de un miembro de mi familia ni de un tercero. Entiendo que puedo dejar de recibir las comunicaciones individuales del programa por completo en cualquier momento llamando al 866-435-5677 o respondiendo “ALTO” por mensaje de texto a cualquier texto de Ipsen. Ipsen no venderá ni rentará esta información, y la utilizará únicamente de conformidad con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para ser contactado por mensajes de texto no es una condición de participación en los programas IPSEN CARES® o la compra de cualquier producto o servicio. Entiendo que podrían aplicar las tarifas por mensajes de texto o datos del operador del servicio celular. Vea la política de privacidad en [www.ipsencares.com](http://www.ipsencares.com). Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que el formulario es firmado. Si estoy proporcionando este consentimiento en representación de otra persona, certifico que estoy autorizado para aceptar cualquier elemento de este consentimiento en representación de dicha otra persona, y estoy de acuerdo en que seré responsable y mantendré libre de responsabilidades a Ipsen en caso de que dicha otra persona alegue que no dio el consentimiento.
- Además de participar en el programa IPSEN CARES citado arriba, también me gustaría recibir información de Ipsen vía mensajes de texto y llamadas de voz, lo cual puede incluir telemarketing, anuncios y material educativo acerca de programas de SOMATULINE DEPOT y programas que dan apoyo a pacientes. Estos mensajes de texto y llamadas de voz podrán hacerse mediante el uso de sistemas de marcado automático por teléfono. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece y no es de un miembro de mi familia ni de un tercero. Entiendo que no tengo que firmar esta sección del formulario a fin de participar en el programa IPSEN CARES, y puedo revocar esta autorización para recibir información del producto adicional en cualquier momento. Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que Ipsen y sus agentes pueden utilizar y divulgar mi información personal (incluyendo nombre, domicilio, número de teléfono y/o correo electrónico) para proporcionar esos servicios, e Ipsen también puede contactarme para solicitar mis opiniones respecto a SOMATULINE DEPOT y los productos y servicios Ipsen. Entiendo que las tarifas estándar de mi operador de teléfono celular podrían aplicar para llamadas a mi teléfono celular. Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que el formulario es firmado. Puedo revocar esta autorización, llamando al 866-435-5677 o enviando una solicitud por escrito a: IPSEN CARES, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513. Si estoy proporcionando este consentimiento en representación de otra persona, certifico que estoy autorizado para aceptar cualquier elemento de este consentimiento en representación de dicha otra persona, y estoy de acuerdo en que seré responsable y mantendré libre de responsabilidades a Ipsen en caso de que dicha otra persona alegue que no dio el consentimiento.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Somatuline<sup>®</sup> Depot**  
(lanreotide) Injection 60 mg 90 mg 120 mg