

Antes de completar el Formulario de receta de VILTEPSO:

- **Complete y envíe un [Formulario de inicio del paciente](#)** a NS Support por cada paciente. Este Formulario de receta no sustituye al [Formulario de inicio del paciente](#), que está disponible en www.vilteps.com/support
- **Verifique los requisitos de las recetas** con el plan de salud del paciente y el proveedor de la infusión
- **¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con NS Support al 833-NSSUPRT (833-677-8778), de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este (ET)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE (nombre, apellido) _____ NOMBRE DEL CENTRO _____
 DIRECCIÓN _____ NÚM. DE SUITE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DE PROVEEDOR NACIONAL (NPI) _____ CONTACTO DEL CONSULTORIO _____
 TELÉFONO _____ FAX _____

RECETA DE VILTEPSO INYECTABLE PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA (i.v.)

NOMBRE DEL PACIENTE (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____
 F. DE NAC. (MM/DD/AAAA) _____ PESO (kg) _____

Régimen de tratamiento

FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN: VILTEPSO 250 mg/5 ml (50 mg/ml) en un vial monodosis.

INSTRUCCIONES DE ADMINISTRACIÓN: Administre VILTEPSO 80 mg/kg por vía intravenosa, una vez a la semana, durante 60 minutos. Combine con solución salina normal hasta un volumen mínimo de 100 ml. No es necesario diluir si el volumen del medicamento es superior a 100 ml.

MEDICAMENTO	VÍA	DOSIS	INSTRUCCIONES	DÍAS DE SUMINISTRO	RESURTIDOS
VILTEPSO	<input checked="" type="checkbox"/> IV	80 mg/kg	_____ mg por semana (Se suministra en viales de 250 mg/5 ml)	<input type="checkbox"/> 28 (4 semanas o 4 dosis) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

Aviso importante de confidencialidad: Esta receta y todos los documentos adjuntos pueden contener información privilegiada o confidencial y/o pueden contener información de salud protegida (PHI). La legislación vigente nos obliga a proteger la PHI. Esta información está destinada únicamente para el uso de la persona o entidad arriba mencionada. El destinatario autorizado de esta información tiene prohibido divulgarla a terceros salvo la ley o las normas lo requieran. Si usted no es el destinatario previsto, tenga en cuenta que cualquier divulgación, copia, distribución o acción realizada según el contenido de estos documentos está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, notifíquelo inmediatamente al remitente y coordine la devolución o destrucción de estos documentos.

NOTA ESPECIAL PARA EL MÉDICO PRESCRIPTOR (OBLIGATORIO): El médico debe cumplir con los requisitos de las recetas específicos del estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a un seguimiento y a retrasos en el procesamiento. La receta es válida durante 1 año después de la firma del médico.

DIAGNÓSTICO: G71.01 Distrofia muscular de Duchenne

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR PARA VALIDAR LA RECETA (NO SE ADMITEN SELLOS): Certifico que el tratamiento con VILTEPSO es necesario para este paciente por razones médicas. He revisado el prospecto de VILTEPSO vigente y supervisaré el tratamiento del paciente.

NOMBRE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (en letra de imprenta) _____

FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (Dispensar según lo escrito) _____ FECHA _____
 (Se requiere la firma del médico prescriptor. No se permite la firma estampada).

Para obtener más información sobre VILTEPSO, visite www.VILTEPSO.com y consulte el [prospecto](#) completo.