



Asistencia y servicios integrales

Aproveche el acceso completo y práctico a la asistencia y los recursos para pacientes de ACTIMMUNE® (Interferón gamma-1b).



Consulte la contratapa para conocer la “Información importante sobre seguridad” de ACTIMMUNE®.

Tarjeta de referencia del paciente

Para realizar preguntas importantes, comuníquese sin costo con el Coordinador del Programa COMPASSSM al (877) 305-7704, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 6.00 p. m., hora del este.

Lleve esta tarjeta de referencia con usted para un acceso práctico y fácil.

Para obtener más información sobre el apoyo y los servicios de COMPASSSM, visite compassforpatients.com

Referencias:

1. ACTIMMUNE® (Interferon gamma-1b) Full Prescribing Information. Roswell, GA: Vidara Therapeutics Inc; 2013.
2. Song E, Jaishankar GB, Saleh H, Jithpratuck W, Sahni R, Krishnaswamy G. Chronic granulomatous disease: a review of the infectious and inflammatory complications. *Clin Mol Allergy*. 2011;9(1):10.

Apoyo continuo para nuestros pacientes cuando realmente lo necesitan

El Programa “Comprehensive Personalized Patient Prescription Advocacy and Support Services” (COMPASSSM) ofrece a los pacientes que utilizan ACTIMMUNE® (Interferón gamma-1b), sus familiares y profesionales de la salud acceso completo y conveniente a servicios de apoyo, educación continua sobre salud y recursos financieros.

ACTIMMUNE® es una proteína biológicamente fabricada similar a una proteína que su cuerpo produce en forma natural.¹ La forma exacta en que funciona este medicamento no se conoce totalmente, pero se cree que trabaja afectando la función de muchos tipos de células diferentes, incluidas las células del sistema inmunitario y aquellas que ayudan a formar los huesos.^{1,2}

ACTIMMUNE® está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para lo siguiente:¹

- Reducir la frecuencia y la gravedad de infecciones graves relacionadas con la enfermedad granulomatosa crónica (Chronic Granulomatous Disease, CGD). La CGD es un trastorno genético que afecta el funcionamiento de algunas células del sistema inmunitario.
- Retrasar el agravamiento de la osteopetrosis maligna grave (Severe Malignant Osteopetrosis, SMO). La SMO también es un trastorno genético que afecta la formación normal del hueso.

Información sobre seguridad selecta

ACTIMMUNE® puede causar reacciones adversas graves, como las siguientes:

- Reacciones alérgicas graves y/o sarpullido: si desarrolla una reacción grave, interrumpa el medicamento de inmediato y comuníquese con su médico o busque asistencia médica.
- Síntomas parecidos a la gripe, que pueden agravar algunas enfermedades cardíacas preexistentes.
- Cambios reversibles en la médula ósea, el hígado y el sistema nervioso central.

Informe a su médico si tiene antecedentes de una enfermedad cardíaca, neurológica o de la médula ósea.

Consulte la “Información importante sobre seguridad” en la contratapa de este folleto.

Usos aprobados para ACTIMMUNE® (Interferón gamma-1b)

Enfermedad granulomatosa crónica (Chronic Granulomatous Disease, CGD)
ACTIMMUNE® está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para reducir la frecuencia y la gravedad de infecciones graves relacionadas con la enfermedad granulomatosa crónica. La CGD es un trastorno genético que afecta el funcionamiento de algunas células del sistema inmunitario.

Osteopetrosis maligna grave (Severe Malignant Osteopetrosis, SMO)
ACTIMMUNE® está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para retrasar el agravamiento de la osteopetrosis maligna grave. La SMO es un trastorno genético que afecta la formación normal del hueso.

Información importante sobre seguridad (ISI)
Los efectos secundarios más comunes de ACTIMMUNE® son síntomas parecidos a la gripe, como fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, mialgia (dolor muscular) o fatiga, que pueden disminuir en gravedad a medida que se sigue con el tratamiento. La administración de ACTIMMUNE® a la hora de dormir puede minimizar algunos de estos síntomas. El acetaminofén puede ser útil para prevenir la fiebre y el dolor de cabeza.

ACTIMMUNE® puede causar reacciones alérgicas graves y/o sarpullido. No use ACTIMMUNE® si es alérgico al interferón-gamma, productos derivados de la *E. coli* o cualquier componente del producto (consulte la “Información de prescripción completa” para ver una lista de los componentes). Si desarrolla una reacción grave al ACTIMMUNE®, interrumpa el medicamento de inmediato y comuníquese con su médico o busque asistencia médica.

En dosis altas, ACTIMMUNE® puede causar síntomas (parecidos a la gripe), que pueden agravar algunas enfermedades cardíacas preexistentes. Informe a su médico si tiene una enfermedad cardíaca, como latidos cardíacos irregulares, insuficiencia cardíaca o disminución del flujo sanguíneo al corazón.

ACTIMMUNE® puede causar cambios reversibles en el sistema nervioso, como disminución de la lucidez mental, problemas para caminar y mareos. Informe a su médico si tiene antecedentes de convulsiones u otros trastornos neurológicos.

ACTIMMUNE® puede suprimir la función de la médula ósea y se puede producir una disminución en la producción de células importante para el cuerpo. Este efecto, que puede ser grave, generalmente es reversible cuando se interrumpe el medicamento o se reduce la dosis. Informe a su médico si tiene o ha tenido una disminución en la función de la médula ósea. Su médico controlará estas células con análisis de sangre al comienzo de la terapia y posteriormente cada 3 meses.

La administración de ACTIMMUNE® puede causar cambios reversibles en la función hepática, especialmente en pacientes menores de un año de edad. Su médico controlará la función hepática con análisis de sangre al comienzo de la terapia y cada 3 meses. Si el paciente tiene 1 año de edad o menos, el control se realizará todos los meses.

Si usted está embarazada, planifica quedar embarazada o amamantar, debe consultar con su médico.

Si recibe ACTIMMUNE® en el hogar, su médico le brindará a usted o a su cuidador las instrucciones adecuadas sobre la administración del medicamento y sobre cómo desechar el recipiente, las agujas y las jeringas.

Le recomendamos informar los efectos secundarios negativos de los medicamentos recetados a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.

Esta información no intenta reemplazar las conversaciones con su médico. Para obtener información adicional sobre ACTIMMUNE®, consulte la “Información de prescripción completa” y la “Información para el paciente y el cuidador”, y hable con su médico. ACTIMMUNE® está disponible solo bajo receta.

Visite www.actimmune.com para descargar una copia de la “Información de prescripción completa” de ACTIMMUNE®.



All Rights Reserved ©2015 Horizon Pharma, Inc. ACTIMMUNE® is a registered trademark licensed to Horizon Pharma, Inc. ACTIMMUNE® is distributed in the US by HZNP USA Inc. June 2015 0118ACT01

Asistencia y servicios diseñados para usted

	Programa de enfermera clínica	Línea directa para reembolso	Programa de asistencia de copago [†]	Programa de asistencia para pacientes (PAP)	Recordatorios para resurtir recetas	Programa de recipiente para instrumentos afilados
Descripción general del programa	<ul style="list-style-type: none"> Una vez inscrito en COMPASSSM, puede aceptar la opción de conectarse con una enfermera registrada que puede brindar asistencia personalizada, responder preguntas y compartir recursos útiles sobre cómo manejar su afección. 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrece investigación de beneficios dentro de las 48 horas y brinda asistencia con las autorizaciones previas y las apelaciones. Deriva automáticamente a los pacientes elegibles a la asistencia de copago. Los pacientes serán asignados a un Coordinador de Programa dedicado. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin requisitos de elegibilidad financiera. Cubre monto de copago y coseguro (los pacientes pagan \$0 por mes). Su farmacia aplica automáticamente el monto de copago y el coseguro. 	<ul style="list-style-type: none"> Para pacientes elegibles sin seguro o que se han quedado sin seguro por rechazo del pagador. Se requiere constancia de ingresos (con Formulario 1040 o W-2). Puede ayudar al paciente a encontrar cobertura de seguro mientras se encuentra en el programa de asistencia para pacientes, a solicitud del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Una vez inscrito en COMPASSSM, puede aceptar la opción de recibir recordatorios de reabastecimiento por mensaje de texto y correo electrónico. Le informa 5 días antes de que necesite resurtir su receta de ACTIMMUNE[®], así usted puede comunicarse con su farmacia de especialidad y programar el envío de su reabastecimiento. Le brindará un número de contacto de COMPASSSM en caso de que necesite asistencia con su reabastecimiento de ACTIMMUNE[®]. 	<ul style="list-style-type: none"> Como el desecho adecuado de jeringas usadas es importante, este programa está disponible para pacientes que utilizan ACTIMMUNE[®]. Una vez inscrito en COMPASSSM, puede aceptar la opción de recibir un recipiente para instrumentos afilados y materiales de devolución que se envían directamente a su domicilio sin costo.
Formularios obligatorios*	Formulario de solicitud de servicio.	Formulario de solicitud de servicio.	Formulario de solicitud de servicio.	Formulario de solicitud de servicio y formulario de solicitud de programa de asistencia para pacientes.	Formulario de solicitud de servicio.	Formulario de solicitud de servicio.
Elegibilidad/ Acceso	Pacientes que se inscriben en COMPASS SM y que aceptan la opción de participar en el programa.	Pacientes que se inscriben en COMPASS SM .	Pacientes asegurados comercialmente (sin Medicare ni otro seguro del gobierno); los pacientes con seguro estatal pueden ser derivados a fundaciones independientes para asistencia.	Pacientes con enfermedad granulomatosa crónica (Chronic Granulomatous Disease, CGD) o con osteopetrosis maligna grave (Severe Malignant Osteopetrosis, SMO) sin seguro o que se han quedado sin seguro por rechazo del pagador.	Pacientes que se inscriben en COMPASS SM y que aceptan la opción de participar en el programa.	Pacientes que se inscriben en COMPASS SM y que aceptan la opción de participar en el programa.
Farmacia especializada (FE)	Ninguna	Los pacientes serán asignados a la FE de mejor rendimiento adecuada para su plan.	La asistencia de copago se ofrece solo a través de COMPASS SM ; la FE puede derivar pacientes al programa.	El PAP se ofrece solo a través de COMPASS SM ; la FE puede derivar pacientes al programa.	Ninguna	Ninguna

Aproveche estos programas.

Comuníquese con el Coordinador del Programa COMPASSSM al (877) 305-7704, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 6.00 p. m., hora del este.

*Para poder recibir asistencia a través de COMPASSSM, el médico que receta debe enviar el "Formulario de solicitud de servicio" por fax al (877) 305-7706.

[†]Este programa de asistencia de copago no está disponible para pacientes de Medicare, Medicaid, TRICARE o cualquier otro paciente asegurado por el gobierno.

COMPASSSM
Comprehensive Personalized Patient Prescription Advocacy & Support Services