

## FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

**Instrucciones del médico:** complete y firme el formulario. Envíe por fax o correo el formulario completo a la siguiente dirección:

ENCourage Foundation®  
 PO BOX 4133  
 Gaithersburg, MD 20885-9901  
 Teléfono: 800/282-7752 Fax: 888/508-8083

### Información del médico

Nombre del médico:		Apellido del médico:	
Nombre de la institución/de la práctica:		Nombre de contacto en la institución/de la práctica: (Que no sea el médico)	
Dirección: (No se aceptan casillas de correo)			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de teléfono:	N.º de licencia estatal:	Dirección de correo electrónico:	

### Información del paciente

Nombre del paciente:		Apellido del paciente:	
Fecha de nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### Información de la receta para Enbrel® (etanercept)

Medicación	Dosis	Frecuencia	Marque uno	Esquema de envíos
ENBREL	50 mg SureClick®	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	<u>Nuevos afiliados /dosis descendente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión para un año, desde la fecha escrita en la receta.</li> <li>Envíos mensuales para los primeros tres meses, luego cada tres meses, para los nueve meses restantes.</li> </ul> <u>Reinscriptos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión para un año, desde la fecha escrita en la receta.</li> <li>Cuatro envíos para tres meses cada uno.</li> </ul>
		Dos veces por semana durante 3 meses; luego, una vez por semana (Dosis descendente)	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	50 mg, jeringa precargada	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana durante 3 meses; luego una vez por semana (Dosis descendente)	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	Vial de 25 mg	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	25 mg, jeringa precargada	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana	<input type="checkbox"/>	
ENBREL			<input type="checkbox"/>	

Todos los envíos del producto se remiten al paciente. Si usted desea que en cambio, se envíen al consultorio del médico, marque aquí .  
 El período de prescripción abarca 12 meses, salvo que se indique aquí de otro modo: \_\_\_\_\_

He recetado ENBREL para el paciente antes nombrado. Mi paciente me otorgó su consentimiento para que suministre esta información. Entiendo que no debe facturarse a ningún tercero ni al paciente, ni cobrárselo por el ENBREL provisto en virtud de este programa. Entiendo que ningún producto gratuito debe venderse, comercializarse o distribuirse para su venta.

X

Firma original del médico (no se aceptan sellos)

Fecha

Completar este formulario es independiente del proceso de solicitud y no garantiza la inscripción en ENCourage Foundation®. La ENCourage Foundation® debe revisar la solicitud completa y la documentación de sostén para determinar la admisibilidad del paciente.

### Para uso interno exclusivamente

N.º de caso :	N.º de identificación del paciente:
---------------	-------------------------------------