

Instrucciones para prescriptores

1. Firme este formulario junto con su paciente y colóquelo en el expediente clínico del paciente.
2. Desprenda la parte inferior y entréguesela a su paciente para que se la lleve a casa como referencia.
3. Llene y envíe este formulario al Programa de Evaluación y Estrategia de Reducción de Riesgos (REMS, por sus siglas en inglés) de SILIQ por Internet en www.SILIQREMS.com o por fax al 1-866-227-9451.

Reconocimiento del paciente (*Obligatorio)

Al firmar este formulario, reconozco que:

- Entiendo que pacientes tratados con SILIQ han presentado pensamientos y conductas suicidas, incluyendo suicidios consumados.
- Llamaré a mi médico o a la **Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-8255** si:
 - Comienzo a tener sentimientos nuevos o peores de retraimiento, depresión, ansiedad, desesperanza, u otros cambios en el estado de ánimo.
 - Pienso en hacerme daño o en matarme; procuro armas de fuego, pastillas u otros medios con el fin de hacerme daño; o hablo o escribo sobre la muerte y morir.
- Llamaré al 911** si siento un **riesgo inmediato de morir o de dañarme**.
- Mi médico me ha dado una *Tarjeta de cartera para el paciente de REMS de SILIQ* para que la lleve conmigo en todo momento.

Nombre y apellido* en letra de imprenta:		Fecha de nacimiento (mes/día/año)*:	
Dirección*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Raza*: <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra _____		Número de teléfono*:	
Firma del paciente*:		Fecha*:	

Reconocimiento del prescriptor

Reconozco que antes de recetar SILIQ:

- He asesorado a mi paciente sobre la importancia de buscar consejo médico si aparecen señales de pensamientos o de conductas suicidas, depresión nueva o esta empeora, ansiedad, u otros cambios en el estado de ánimo.
- He evaluado los riesgos y los beneficios de continuar con el tratamiento con SILIQ si ocurren dichos acontecimientos.

Nombre y apellido* en letra de imprenta:		
Número de teléfono*:	Administración para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés):	Identificador Nacional de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés)*:
Firma de prescriptor:		Fecha*:

 <p>SILIQ™ (brodalumab) injection 210 mg/1.5 mL</p>	<p>Información para el paciente sobre SILIQ</p>
---	--

- Entiendo que pacientes tratados con SILIQ han presentado pensamientos y conductas suicidas, incluyendo suicidios consumados.
- Llamaré a mi médico o a la **Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-8255** si:
 - Comienzo a tener sentimientos nuevos o peores de retraimiento, depresión, ansiedad, desesperanza, u otros cambios en el estado de ánimo.
 - Pienso en hacerme daño o en matarme; procuro armas de fuego, pastillas u otros medios con el fin de hacerme daño; o hablo o escribo sobre la muerte y morir.
- **Llamaré al 911** si siento un **riesgo inmediato de morir o de dañarme**.

Para obtener más información sobre el Programa REMS de SILIQ, visite www.SILIQREMS.com