

INSCRIPCIÓN DE PACIENTES y formulario de consentimiento del Programa de Educación y Acceso a LETAIRIS (LEAP)

Initial Enrollment Re-enrollment Benefits Investigation Only

Elija una farmacia especializada preferida:

Accredo Aetna Specialty Pharmacy Caremark CIGNA Tel-Drug CuraScript Fairview Walgreens Specialty Pharmacy (Medmark) WellPoint PrecisionRx

Información sobre el paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre (First Name): _____ Inicial del segundo nombre (Middle Initial): _____

Apellido (Last Name): _____

Dirección (Address): _____ City (Ciudad): _____

Estado (State): _____ Código postal (ZIP): _____ Correo electrónico (Email): _____

Fecha de nacimiento (Birthdate): ____/____/____ Sexo (Gender) Hombre (M) Mujer (F)

Hora preferida para contactarlo (Preferred Time to Contact): Día (Day) Noche (Evening)

Teléfono preferente (Preferred Phone): (____) _____ Teléfono alternativo (Alternate Phone): (____) _____

Nombre de contacto alternativo (Alternate Contact Name): _____ Parentesco (Relationship): _____

Teléfono del contacto alternativo (Phone of alternate contact): (____) _____

ENVÍE POR FAX TODA LA INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE, INCLUIDAS LAS TARJETAS DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS, AL: 1-888-882-4035.

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a los planes de salud a divulgar la información personal y médica sobre mí a Gilead y a sus representantes y contratistas ("Gilead"), y autorizo a Gilead a usar y divulgar esta información para: 1) establecer que reúno los requisitos para recibir beneficios; 2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y planes de salud acerca de mi atención médica; 3) brindarme servicios de apoyo, entre ellos, facilitar que se me provea de Letairis™ (ambrisentan) y evaluar la eficacia de los programas de educación de Gilead. Acepto que al usar la información de contacto que proporciono, Gilead puede contactarme por motivos relacionados con el programa LEAP y puede dejarme mensajes que divulguen que tomo LETAIRIS.

Entiendo que una vez que se haya revelado mi información de salud a Gilead, las leyes de privacidad ya no restringirán su uso o su divulgación. Sin embargo, Gilead acuerda proteger mi información usándola y divulgándola sólo para los fines descritos anteriormente o según lo exija la ley. Además entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y, en caso de hacerlo, no se verá afectada mi posibilidad de recibir los beneficios del plan de salud y tratamiento por parte de mi médico, pero no tendré acceso a los servicios de apoyo de LETAIRIS descritos en este documento. También puedo anular esta autorización en el futuro enviando por fax una notificación por escrito a Gilead al 1-888-882-4035 o llamando al 1-866-664-LEAP (5327). Si anulo esta autorización, Gilead dejará de usar o de divulgar mi información a los efectos mencionados anteriormente, excepto según lo exija la ley o según sea necesario para concluir ordenadamente mi participación en LEAP. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, la cual vence a los 10 años de la fecha de mi firma.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Al firmar al pie, acepto que he leído la Guía sobre el medicamento para el paciente y el folleto de educación para el paciente y que se me ha informado sobre los riesgos de LETAIRIS, incluidos los riesgos de daño hepático, defectos congénitos graves, bajo recuento de glóbulos rojos y bajo recuento de espermatozoides. Declaro saber que Gilead y/o sus representantes y contratistas se comunicarán conmigo para asesorarme sobre los riesgos del tratamiento con LETAIRIS, para verificar que me hayan realizado las pruebas de función hepática y de embarazo (para las mujeres que pueden quedar embarazadas) requeridas y, si soy mujer y quedo embarazada, para obtener información sobre mi embarazo.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Prescriber Information (PLEASE PRINT) Office Contact: _____

First Name: _____ Last Name: _____ State License #: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Phone: (____) _____ Fax: (____) _____ NPI #: _____ DEA #: _____

Prescription: LETAIRIS: 5 mg tablets (30 tablets) Refills: _____ 10 mg tablets (30 tablets) Refills: _____

Instructions: _____

Ship to: Patient Home (address listed above) Prescriber Office (address listed above) Other: (please indicate below)

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____ Phone: (____) _____

For all patients, please indicate whether pre-LETAIRIS liver function test has been completed: Yes No

For female patients only, please indicate whether this patient is of childbearing potential: Yes No

- If yes, has a negative pre-LETAIRIS pregnancy test been confirmed? Yes No

Statement of Medical Necessity (This is for insurance purposes only, not to suggest approved uses or indications.)

Diagnosis: Pulmonary Arterial Hypertension (Please select one category below)

Familial (ICD 416.0) Idiopathic (ICD 416.0) Scleroderma (ICD 710.1) HIV (ICD 042 _____) Lupus (ICD 710.0)

Portal Hypertension (ICD 572.3) Congenital Heart Defects (ICD 745. _____) Other: _____ (ICD _____)

I certify that I am prescribing LETAIRIS for a medically appropriate use in the treatment of pulmonary arterial hypertension, as described in the LETAIRIS full prescribing information. I have reviewed the Medication Guide and patient education brochure with the patient and have counseled them on the risks of LETAIRIS, including hepatotoxicity, teratogenicity, decreases in hemoglobin concentration and hematocrit, and the potential risk of reduced male fertility. I commit to ordering and reviewing liver function, pregnancy (if this patient is a female of childbearing potential), and hemoglobin tests in accordance with the LETAIRIS full prescribing information.

Prescriber Signature: _____ **Date:** _____

LETAIRIS Education and Access Program (LEAP) Instructions

LEAP is a program to help prescribers and patients learn about the risks of Letairis™ (ambrisentan), including the serious risks of liver injury and birth defects. Because of the risk of liver injury, and in an effort to make the chance of fetal exposure to LETAIRIS as small as possible, LETAIRIS may only be prescribed through the LEAP program.

Please complete the following steps prior to faxing the patient enrollment form.

Step 1: Check the box that indicates if this patient is a new enrollment, re-enrollment, or benefits investigation only

Step 2: Check the box that indicates the patient's preferred specialty pharmacy

Step 3: Complete Patient Information section, including the best method for LEAP to contact your patient

Step 4: Obtain patient signature. Two signatures are required for HIPAA release and to confirm that the patient has read the LETAIRIS patient Medication Guide and has been informed of the risks of LETAIRIS

Step 5: Obtain second patient signature

Step 6: Complete Prescriber Information section, including office contact for additional questions regarding this application

Step 7: Complete Prescription section

Step 8: Prescriber must sign the form

Step 9: Fax completed form and copies of all relevant insurance information to **LEAP** at **1-888-882-4035**

Please visit www.letairis.com or www.gilead.com or call **1-866-664-LEAP (5327)** for more information.

Please see accompanying patient Medication Guide and full prescribing information, including **boxed WARNING**.

