

Formulario de inscripción para proveedores de atención médica

VYVGART Hytrulo®
(efgartigimod alfa and hyaluronidase-qvfc)

VYVGART®
(efgartigimod alfa-fcab)



Para inscribir pacientes, envíe por **fax** el formulario completo a My VYVGART Path al **1-833-MY-V-PATH (1-833-698-7284)**. **Horario de atención:** De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.



Si tiene preguntas, comuníquese con My VYVGART Path al **1-833-MY-PATH-1 (1-833-697-2841)**.



Visite **MyPathEnroll.com** para obtener más información.

*IMPORTANTE

☐ Mi paciente tiene **MIASTENIA GRAVE GENERALIZADA (MGg)**: complete las páginas 1, 2, 4 (si corresponde) y 5.

☐ Mi paciente tiene **POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA (PDIC)**: complete las páginas 1, 3, 4 (si corresponde) y 5.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Indica campo obligatorio

*Primer nombre del paciente:		*Inicial del segundo nombre del paciente:		*Apellido del paciente:	
*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		*Correo electrónico del paciente:		*N.º de teléfono:	
				N.º de teléfono alternativo:	
*Dirección postal del paciente:			*Ciudad:		*Estado: *Código postal:
Sexo del paciente: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario			Idioma preferido del paciente: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otra opción _____		
¿Es la primera vez que su paciente se administra VYVGART Hytrulo o VYVGART? ☐ Sí ☐ No					
Cuidador autorizado o contacto alternativo: Al proporcionar esta información, usted autoriza a My VYVGART Path a analizar la afección médica del paciente y su participación en My VYVGART Path con la persona que se menciona a continuación.					
Primer nombre del cuidador:		Inicial del segundo nombre del cuidador:		Apellido del cuidador:	
Relación con el paciente:		Correo electrónico del cuidador:		N.º de teléfono del cuidador:	

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Envíe por fax copias de la parte delantera y trasera de todas las tarjetas de seguro médico y de recetas.

Marque aquí si el paciente no tiene seguro: ☐ Programa de copago: ☐ Sí ☐ No Programa de asistencia al paciente: ☐ Sí ☐ No

	*Beneficio primario	Beneficio secundario	Beneficio de farmacia
*Nombre del seguro:			
*Nombre del titular de la póliza:			
*N.º de identificación de la póliza:			
Relación con el paciente:			
N.º de teléfono del proveedor de seguro:			
N.º de grupo:			
N.º de PCN:			
N.º de BIN:			

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

*Nombre del médico prescriptor (nombre, segundo nombre y apellido):			*Nombre del consultorio:		
*N.º de NPI:		*N.º de identificación fiscal:		*N.º de licencia del estado:	
				N.º de proveedor de Medicare/Medicaid:	
*Dirección del consultorio:			*Ciudad:		*Estado: *Código postal:
*N.º de teléfono del consultorio:		*Fax del consultorio:		Correo electrónico del médico prescriptor:	
Proporcione la información de contacto directo de una persona de contacto en el consultorio que pueda gestionar los problemas de acceso.					
Nombre del contacto en el consultorio:		N.º de teléfono del contacto en el consultorio:		Correo electrónico del contacto en el consultorio:	

*Primer nombre del paciente:		*Inicial del segundo nombre del paciente:		*Apellido del paciente:		*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
*Código ICD-10 del diagnóstico primario: ☐ G70.00 (Miastenia grave sin exacerbación aguda) ☐ G70.01 (Miastenia grave con exacerbación aguda)							
*Positivo para anticuerpos contra AChR: ☐ Sí ☐ No				Alergias del paciente: ☐ No se conocen alergias			
Terapias actuales: ☐ Sin tratamiento previo ☐ Rituximab		☐ Mestinon ☐ Eculizumab		☐ IST no esteroides ☐ Rozanolixizumab		☐ Corticoesteroides ☐ Zilucoplan ☐ Otra opción _____	
		☐ IST no esteroides ☐ Rozanolixizumab		☐ Corticoesteroides ☐ Zilucoplan ☐ Otra opción _____			
		☐ Eculizumab ☐ Rozanolixizumab		☐ Ravulizumab-cwvz ☐ IgIV/SCIg			
		☐ VYVGART ☐ VYVGART Hytrulo		☐ Ravulizumab-cwvz ☐ IgIV/SCIg			
Puntuación actual de MG-ADL: _____ MG-ADL = miastenia grave en actividades de la vida cotidiana				Clasificación de la MGFA: _____ MGFA = Myasthenia Gravis Foundation of America			

Seleccione el tratamiento. Complete las secciones de la información de prescripción que correspondan en función de esta selección.

VYVGART (efgartigimod alfa-fcab) para uso intravenoso La dosis de VYVGART se basa en el peso. Para obtener asistencia, visite VYVGARTHCP.com/gMGDosing.	DOSIS PARA MGg: 10 mg/kg x peso del paciente (kg) = dosis (mg) Concentración: 400 mg/20 ml (20 mg/ml) en un vial de dosis única de 20 ml DOSIS CALCULADA: *Peso del paciente: _____ kg <i>Para convertir de lb a kg, divida el peso del paciente en lb por 2.205. Para los pacientes que pesen 120 kg o más, la dosis no debe superar los 1,200 mg (3 viales) por infusión.</i> ☐ _____ mg según el peso ☐ 1200 mg para pacientes de más de 120 kg		DOSIS PARA MGg: Infusión una vez por semana durante 4 semanas (4 infusiones una vez por semana = 1 ciclo de tratamiento) con _____ semanas entre los ciclos de infusión Instrucción adicional:	RENOVACIONES: *Cantidad de renovaciones autorizadas: (4 infusiones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento)	CENTRO DE ATENCIÓN PREFERIDO: ☐ Consultorio del profesional que prescribe Comprar y facturar: ☐ Sí ☐ No ☐ Infusión en el hogar ☐ Centro de infusión ☐ Hospital ambulatorio ☐ Elección del paciente ☐ Centro alternativo ☐ Farmacia especializada Otra instrucción:
VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Jeringa precargada VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA MGg: 1000 mg de efgartigimod alfa y 10,000 unidades de hialuronidasa por 5.0 ml (200 mg/2000 unidades por ml) en una jeringa precargada de dosis única	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 20 a 30 segundos una vez a la semana durante 4 semanas (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) con _____ semanas entre los ciclos de infusión Instrucción adicional:	CANTIDAD ENTREGADA: ☐ 1 paquete = 4 jeringas precargadas para un suministro de 28 días	RENOVACIONES: *Cantidad de renovaciones autorizadas: (4 infusiones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento)	CENTRO DE ATENCIÓN PREFERIDO: ☐ Inyección en el hogar ☐ Consultorio del profesional que prescribe ☐ Farmacia especializada Otra instrucción:
VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Vial VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA MGg: 1008 mg de efgartigimod alfa y 11,200 unidades de hialuronidasa por 5.6 ml (180 mg/2000 unidades por ml) en un vial de dosis única	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 30 a 90 segundos una vez a la semana durante 4 semanas (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) con _____ semanas entre los ciclos de tratamiento Instrucción adicional:	CANTIDAD ENTREGADA: ☐ 4 viales	RENOVACIONES: *Cantidad de renovaciones autorizadas: (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento)	CENTRO DE ATENCIÓN PREFERIDO: ☐ Consultorio del profesional que prescribe Comprar y facturar: ☐ Sí ☐ No ☐ Inyección en el hogar ☐ Centro de infusión ☐ Hospital ambulatorio ☐ Elección del paciente ☐ Centro alternativo ☐ Farmacia especializada Otra instrucción:

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

Al firmar a continuación, certifico que prescribo VYVGART Hytrulo o VYVGART al paciente identificado en el presente documento, que he recibido permiso del paciente y he cumplido con otros requisitos aplicables de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y las leyes estatales aplicables necesarias para divulgar la información que estoy proporcionando en este formulario de inscripción. Entiendo que My VYVGART Path, sus agentes designados, proveedores de servicios y farmacias dispensadoras podrán utilizar dicha información con el fin de verificar la cobertura de seguro del paciente para VYVGART Hytrulo o VYVGART, confirmar los requisitos de autorización previa para VYVGART Hytrulo o VYVGART, en caso de ser necesario, en nombre de mi paciente, y proporcionar información a mi consultorio o al paciente en relación con las apelaciones de denegación de reclamos, coordinar la entrega de VYVGART Hytrulo o VYVGART y brindar a mi paciente otro tipo de educación y apoyo. Autorizo a My VYVGART Path, sus filiales, agentes y contratistas a actuar en mi nombre con los fines limitados de transmitir esta receta, recurriendo a cualquier medio permitido por la ley aplicable, a la farmacia correspondiente designada por el paciente utilizando su plan de beneficios.

Para la jeringa precargada de VYVGART Hytrulo, el personal de enfermería de la farmacia especializada proporcionará al paciente 2 capacitaciones sobre autoinyección, incluida una evaluación, administración subcutánea y educación sobre la preparación del medicamento, administración de VYVGART y dosis. Se pueden coordinar más capacitaciones a pedido. Se entregarán agujas, jeringas y suministros auxiliares necesarios para la administración en el hogar.

A la atención de: Los proveedores de Nueva York y Iowa deben enviar una receta electrónica.

Dispensar tal y como está escrito/La marca es medicamento necesaria/No reemplazar/No se permite reemplazo/DAW/No se puede reemplazar

*Firma del profesional que prescribe: _____ *Fecha (MM/DD/AAAA): _____

*Primer nombre del paciente:	*Inicial del segundo nombre del paciente:	*Apellido del paciente:	*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
*Código ICD-10 del diagnóstico primario: ☐ G61.81 (Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica)			
Alergias del paciente:			☐ No se conocen alergias
Terapias actuales: ☐ Sin tratamiento previo ☐ IgIV/SClg ☐ Corticoesteroides ☐ Otra opción _____			
Terapias previas: ☐ Sin tratamiento previo ☐ IgIV/SClg ☐ Corticoesteroides ☐ Otra opción _____ ☐ VYVGART Hytrulo			

☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Jeringa precargada VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA PDIC: 1000 mg de efgartigimod alfa y 10,000 unidades de hialuronidasa por 5.0 ml (200 mg/ 2000 unidades por ml) en una jeringa precargada de dosis única	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 20 a 30 segundos una vez a la semana ➡ Instrucción adicional:	CANTIDAD ENTREGADA: ☐ 1 paquete = 4 jeringas precargadas para un suministro de 28 días	RENOVACIONES: *Cantidad de renovaciones autorizadas: _____	CENTRO DE ATENCIÓN PREFERIDO: ☐ Inyección en el hogar ☐ Consultorio del profesional que prescribe ☐ Farmacia especializada ➡ Otra instrucción:
☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Vial VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA PDIC: 1008 mg de efgartigimod alfa y 11,200 unidades de hialuronidasa por 5.6 ml (180 mg/ 2000 unidades por ml) en un vial de dosis única	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 30 a 90 segundos una vez a la semana ➡ Instrucción adicional:	CANTIDAD ENTREGADA: ☐ 4 viales	RENOVACIONES: *Cantidad de renovaciones autorizadas: _____	CENTRO DE ATENCIÓN PREFERIDO: ☐ Consultorio del profesional que prescribe Comprar y facturar: ☐ Sí ☐ No ☐ Inyección en el hogar ☐ Centro de infusión ☐ Hospital ambulatorio ☐ Elección del paciente ☐ Centro alternativo ☐ Farmacia especializada ➡ Otra instrucción:

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

Al firmar a continuación, certifico que prescribo VYVGART Hytrulo al paciente identificado en el presente documento, que he recibido permiso del paciente y he cumplido con otros requisitos aplicables de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y las leyes estatales aplicables necesarias para divulgar la información que estoy proporcionando en este formulario de inscripción. Entiendo que My VYVGART Path, sus agentes designados, proveedores de servicios y farmacias dispensadoras podrán utilizar dicha información con el fin de verificar la cobertura de seguro del paciente para VYVGART, Hytrulo, confirmar los requisitos de autorización previa para VYVGART Hytrulo, en caso de ser necesario, en nombre de mi paciente, proporcionar información a mi consultorio o al paciente sobre la apelación de denegación de reclamos, coordinar la entrega de VYVGART Hytrulo y brindar a mi paciente cualquier otro tipo de educación y apoyo. Autorizo a My VYVGART Path, sus filiales, agentes y contratistas a actuar en mi nombre con los fines limitados de transmitir esta receta, recurriendo a cualquier medio permitido por la ley aplicable, a la farmacia correspondiente designada por el paciente utilizando su plan de beneficios.

Para la jeringa precargada de VYVGART Hytrulo, el personal de enfermería de la farmacia especializada proporcionará al paciente 2 capacitaciones sobre autoinyección, incluida una evaluación, administración subcutánea y educación sobre la preparación del medicamento, administración de VYVGART y dosis. Se pueden coordinar más capacitaciones a pedido. Se entregarán agujas, jeringas y suministros auxiliares necesarios para la administración en el hogar.

A la atención de: Los proveedores de Nueva York y Iowa deben enviar una receta electrónica.

Dispensar tal y como está escrito/La marca es medicamento necesaria/No reemplazar/No se permite reemplazo/DAW/No se puede reemplazar

*Firma del profesional que prescribe: _____

*Fecha (MM/DD/AAAA): _____

5. PROGRAMA DE INICIO RÁPIDO DE VYVGART HYTRULO

» Complete esta página si está solicitando un envío de inicio rápido para su paciente.

El Programa de inicio rápido de VYVGART Hytrulo ofrece un suministro limitado de medicamentos sin cargo a los pacientes comerciales elegibles con un retraso confirmado en la cobertura de ≥15 días calendario. Los pacientes elegibles deben iniciar el tratamiento con VYVGART Hytrulo por primera vez.

Terapias previas: ☐ Mestinson ☐ IgIV/SClg ☐ Corticoesteroides ☐ Otra opción _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN PARA MGg

☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Jeringa precargada VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección	DOSIS PARA MGg: 1000 mg de efgartigimod alfa y 10,000 unidades de hialuronidasa por 5.0 ml (200 mg/2000 unidades por ml) en una jeringa precargada de dosis única ☐ *Cantidad de renovaciones (ciclos de tratamiento) autorizadas: <u>1 renovación</u> (4 infusiones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) Se permite hasta 1 ciclo de tratamiento adicional	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 20 a 30 segundos una vez a la semana durante 4 semanas (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) con <u>4</u> semanas entre los ciclos de tratamiento. ➡ Instrucción adicional	*LUGAR DE ADMINISTRACIÓN/ ENVÍO A: ☐ Consultorio del profesional que prescribe _____ ☐ Hogar del paciente _____
☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Vial VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA MGg: 1008 mg de efgartigimod alfa y 11,200 unidades de hialuronidasa por 5.6 ml (180 mg/2000 unidades por ml) en un vial de dosis única ☐ *Cantidad de renovaciones (ciclos de tratamiento) autorizadas: <u>1 renovación</u> (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) Se permite hasta 1 ciclo de tratamiento adicional	INSTRUCCIONES: Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 30 a 90 segundos una vez a la semana durante 4 semanas (4 inyecciones una vez a la semana = 1 ciclo de tratamiento) con <u>4</u> semanas entre los ciclos de tratamiento ➡ Instrucción adicional	*LUGAR DE ADMINISTRACIÓN/ ENVÍO A: ☐ Consultorio del profesional que prescribe _____ ☐ Hogar del paciente _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN PARA PDIC

☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Jeringa precargada VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA PDIC: 1000 mg de efgartigimod alfa y 10,000 unidades de hialuronidasa por 5.0 ml (200 mg/2000 unidades por ml) en una jeringa precargada de dosis única ☐ *Cantidad entregada: <u>4</u> (Se entrega en jeringas de dosis única) ☐ *Renovaciones: <u>2 renovaciones</u> Se permiten hasta 2 renovaciones (4 dosis por renovación)	INSTRUCCIONES Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 20 a 30 segundos una vez a la semana ➡ Instrucción adicional	*LUGAR DE ADMINISTRACIÓN/ ENVÍO A: ☐ Consultorio del profesional que prescribe _____ ☐ Hogar del paciente _____
☐ VYVGART Hytrulo (efgartigimod alfa e hialuronidasa-qvfc) para inyección subcutánea Vial VYVGART Hytrulo es una dosis fija por inyección.	DOSIS PARA PDIC: 1008 mg de efgartigimod alfa y 11,200 unidades de hialuronidasa por 5.6 ml (180 mg/2000 unidades por ml) en un vial de dosis única ☐ *Cantidad entregada: <u>4</u> (Se entrega en viales de dosis única) ☐ *Renovaciones: <u>2 renovaciones</u> Se permiten hasta 2 renovaciones (4 dosis por renovación)	INSTRUCCIONES Administrar por vía subcutánea durante aproximadamente 30 a 90 segundos una vez a la semana ➡ Instrucción adicional	*LUGAR DE ADMINISTRACIÓN/ ENVÍO A: ☐ Consultorio del profesional que prescribe _____ ☐ Hogar del paciente _____

➡ *INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

*Nombre del médico prescriptor (nombre, segundo nombre y apellido):		*N.º NPI:	*N.º de licencia del estado:	
*Dirección del consultorio:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	
*N.º de teléfono del consultorio:		*Fax del consultorio:		

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

El Programa de inicio rápido de VYVGART Hytrulo suministra medicamentos a pacientes comerciales elegibles con un retraso confirmado en la cobertura de ≥15 días calendario. Los pacientes elegibles deben tener seguro comercial e iniciar el tratamiento con VYVGART Hytrulo por primera vez. argenx se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa sin aviso en cualquier momento. Comprendo que el medicamento proporcionado es complementario y que no se pueden realizar reclamos a ningún paciente ni tercero pagador (p. ej., Medicare, Medicaid y/o seguro privado) por el pago de VYVGART Hytrulo que se proporciona en virtud del Programa de inicio rápido y que dicho producto no puede venderse, comercializarse ni devolverse para obtener crédito. Cuando se selecciona la ubicación en el hogar, un proveedor de atención médica administrará VYVGART Hytrulo por vía subcutánea o se brindará capacitación para que se autoadministre cuando se selecciona la jeringa precargada VYVGART Hytrulo. Mi firma en el formulario indica que esta inyección requiere servicios de infusión en el hogar por parte de un proveedor asociado a la farmacia especializada.

*Firma del profesional que prescribe: _____ *Fecha (MM/DD/AAAA): _____



6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (necesaria para la inscripción en el Programa de apoyo al paciente de My VYVGART Path)

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de salud (en su conjunto, mi "Equipo de salud") a: divulgar mi información médica personal (Personal Health Information, "PHI"), que incluye mi afección médica, receta y cobertura de seguro, a argenx, sus filiales, contratistas y agentes, para que la utilicen y compartan con mi Equipo de salud, según pueda ser necesario, para inscribirme en My VYVGART Path; llevar a cabo investigaciones de beneficios y tomar medidas relacionadas con el objetivo de determinar mi elegibilidad y coordinar asistencia financiera para recibir VYVGART Hytrulo o VYVGART; comunicarse con mi Equipo de salud con respecto a mi plan de tratamiento; brindarme servicios de apoyo que incluyan el estado de la enfermedad así como educación y recursos de VYVGART Hytrulo o VYVGART; ayudar a facilitar el cumplimiento de la receta y su renovación; facilitar el control de calidad y las actividades de generación de informes relacionadas; usar mis datos anonimizados para investigación y publicación; realizar análisis de datos, investigación de mercado y actividades comerciales relacionadas con My VYVGART Path; o ponerse en contacto conmigo en relación con los servicios de My VYVGART Path. Entiendo que una vez que se haya divulgado mi PHI a argenx, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y que se pueda nuevamente divulgar a otras personas. Puedo retirar esta autorización llamando al 833-697-2841 o enviando por correo postal un aviso de revocación a My VYVGART Path, 680 Century Point, Suite 1000, Lake Mary, FL 32746. La revocación entrará en vigencia cuando My VYVGART Path reciba mi aviso de revocación, pero los usos y divulgaciones realizados en función de la autorización antes de su revocación no serán invalidados. El tratamiento de atención de la salud, el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a mi firma de esta autorización. Esta autorización caduca 10 años después de la firma o en una fecha anterior según lo exijan las leyes estatales. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Una parte divulgadora puede recibir remuneración a cambio de PHI si nuestra relación implica la recepción de compensación a cambio de datos o en relación con proporcionar PHI de conformidad con una autorización. Entiendo que tengo derecho a enviar una solicitud por escrito a argenx para obtener una copia de este texto de consentimiento, junto con cualquier PHI divulgada. Además, autorizo a argenx a ponerse en contacto con cualquier persona identificada como Cuidador autorizado (a continuación) para comentar mi afección médica o mi participación en My VYVGART Path, y entiendo que dichas conversaciones pueden requerir que argenx divulgue mi PHI a dicho Cuidador autorizado.

*Nombre del paciente:

*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

*Firma del paciente:

*Fecha de firma (MM/DD/AAAA):

Nombre y firma del cuidador:



Marque aquí para recibir información sobre el programa educativo para pacientes, solicitudes de comunicación de compromiso de argenx y correos electrónicos que promocionan los productos y servicios de argenx.



Marque aquí para dar su consentimiento para recibir mensajes de texto que promocionan los productos y servicios de argenx. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

VYVGART Hytrulo®
(efgartigimod alfa and hyaluronidase-qvfc)

VYVGART®
(efgartigimod alfa-fcab)

Si tiene preguntas, comuníquese con My VYVGART Path al:
1-833-MY-PATH-1 (1-833-697-2841)