Formulario de inscripción de ENHERTU4U

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

Apoyo solicitado (marque solo las que correspondan)

- ☐ Investigación de beneficios (Elija a continuación el método de adquisición que prefiera. En función de su preferencia, ENHERTU4U investigará los beneficios médicos y de farmacia para su paciente).
  - ☐ Compra y factura
  - ☐ Proveedor de farmacia especializada (Specialty Pharmacy Provider, SNP). SPP preferido: _____
  - ☐ Desconocido
- ☐ Ayuda para el copago (Nota: También puede visitar www.patientsavings4u.com para inscribirse directamente en el Programa de ahorros en el copago para pacientes de ENHERTU. Se aplican normas de elegibilidad).
- ☐ Asistencia para autorización previa
- ☐ Ayuda con reclamaciones/facturación/reembolsos (Adjunte una copia de la reclamación enviada y la Explicación de beneficios)
- ☐ Apoyo para apelaciones (adjunte una copia de la carta de denegación)

Complete, firme y envíe el formulario por fax al **1-866-760-5917**.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a ENHERTU4U, de lunes a viernes, de 8 A.M. a 6 P.M., hora del este, al **1-833-ENHERTU (1-833-364-3788)**.

Para inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de ENHERTU, visite www.ENHERTU4U.com/hcp/affordability. (Se aplican normas de elegibilidad).

1 Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/_____ Sexo: ☐ M ☐ F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono preferido: ☐_Domicilio ☐_Móvil _____ Correo electrónico del paciente: _____

Nombre de contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono de contacto alternativo: _____ Idioma de preferencia del paciente (si no es el inglés): _____

¿Puedo comunicarme con el paciente? ☐ Sí ☐ No ¿Estás de acuerdo con dejar un mensaje de voz detallado? ☐ Sí ☐ No

Autorización del paciente

He leído y acepto la Autorización del paciente incluida en la página 2

_____ / / _____

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

Programas de asistencia (Programa de ahorros y servicios adicionales)

He leído y acepto el Programa de ahorros para pacientes incluido en la página 2

_____ / / _____

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

2 Información del seguro

Incluya copias del frente y dorso de todas las tarjetas médicas y de farmacias o complete esta sección.

☐ Seguro comercial/privado ☐ Medicare/Medicaid/Tricare ☐ Sin seguro

	Seguro médico principal	Seguro médico secundario	Seguro de farmacia
Proveedor de seguros			
N.º de teléfono del seguro			
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)			
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta			
N.º de póliza			
N.º de grupo			
BIN/PCN	X	X	

3 Información del proveedor

Nombre del médico que receta: _____ Especialidad: _____

Nombre del consultorio: _____ Nombre del contacto en el consultorio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____ Correo electrónico: _____

N.º de identificador nacional de proveedores (National Provider Identifier, NPI) del médico que receta: _____

N.º de identificación fiscal del lugar: _____ PTAN: _____

Identificación de otro proveedor (si corresponde): _____ Nombre del contacto en el consultorio alternativo: _____

N.º de teléfono del contacto en el consultorio alternativo: _____ Correo electrónico del contacto en el consultorio alternativo: _____

Consulte la Información de seguridad importante en las páginas 4, 5 ,6 y 7, y consulte la Información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS dentro del recuadro y la Guía del medicamento.

Formulario de inscripción de ENHERTU4U

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

Autorización del paciente

Autorizo a los proveedores de atención médica (Health Care Provider, HCP) y al personal, al plan de salud y a las farmacias a usar y compartir Información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca y Daiichi Sankyo (AZ/DSI) y sus filiales, así como sus contratistas. Mi información incluye mis registros de salud relacionados con recetas, información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, datos demográficos, de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi información puede usarse para verificar el tratamiento y las decisiones de pago con mis HCP; investigar y ayudar con la coordinación de la cobertura del producto de la alianza AZ/DSI; coordinar el cumplimiento de recetas y la asistencia financiera; y realizar análisis internos en AZ/DSI para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes. Entiendo y acepto que AZ/DSI puede comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico y teléfono. Entiendo que las leyes federales de privacidad pueden no proteger mi información una vez que se divulgue; sin embargo, AZ/DSI acepta proteger mi información mediante el uso y la divulgación solo para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro o la elegibilidad para los beneficios. Sin embargo, si no firmo esta autorización, no podré recibir asistencia para el producto de la alianza AZ/DSI. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al **1-833-ENHERTU (1-833-364-3788)**. Comprendo que dicha cancelación no se aplicará a ninguna información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta autorización antes de recibir la cancelación. Esta Autorización vence en dos (2) años desde la fecha en la que se firmó, a menos que la ley estatal requiera un período más corto.

Autorización para programas de asistencia

Al proporcionar mi consentimiento, entiendo que puedo recibir información y asistencia continuas relacionadas con mi afección, lo que incluye, entre otros, materiales educativos y promocionales, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección o tratamiento, así como para fines de estudios de mercado, lo que incluye ponerse en contacto conmigo para participar en sesiones de grupo, encuestas o entrevistas. Esto puede significar que AZ/DSI o un tercero que trabaja en nombre de AZ/DSI se comunique conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto en relación con los programas de apoyo de AZ/DSI que puedan ser de mi interés. Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas y textos publicitarios y no publicitarios de AZ/DSI y en su nombre, realizados con un marcador automático o una voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Pueden aplicarse tarifas de mensajería y datos. Mi Información también puede usarse para realizar análisis internos en AZ/DSI. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta Autorización y que eso no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que no se requiere mi consentimiento y que este no constituye una condición de compra. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al **1-833-ENHERTU (1-833-364-3788)**. La información proporcionada por AZ/DSI no reemplaza la conversación con su proveedor de atención médica sobre su tratamiento o afección. AZ/DSI no recopilará, usará ni divulgará deliberadamente información de identificación personal de menores de 18 años. Si usted es menor de 18 años, pídale a su padre o madre, tutor legal, o proveedor de atención médica que solicite la información en su nombre. Visite https://dsi.com/privacy-notice para leer nuestro Aviso de privacidad.

Formulario de inscripción de ENHERTU4U

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

Nombre del paciente: _____

Apellido del paciente: _____ **Fecha de nacimiento del paciente:** ____/____/____

4 Información clínica

Códigos de diagnósticos de ICD-10: _____

Al firmar este formulario, certifico que: (1) he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra información médica protegida relacionada (según la definición de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de la Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) a (Programas de DSI/AZ Alliance), incluidos empleados, contratistas o filiales de AstraZeneca/Daiichi Sankyo y los planes de salud para los programas, farmacias de despacho u otras entidades, a los efectos del tratamiento y la ayuda con el pago, y (2) he obtenido todas las autorizaciones necesarias para permitir que (Programas de DSI/AZ Alliance) se ponga en contacto con el paciente, si no está incluido con esta presentación, para obtener una Autorización del paciente firmada para (Programas de DSI/AZ Alliance).

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

5 Centro de atención alternativo

Si el consultorio de administración difiere del consultorio médico del proveedor, complete esta sección con la información del consultorio de administración:

Nombre del consultorio: _____ Nombre del contacto en el consultorio: _____

N°. de teléfono: _____ N°. de fax: _____ N.º de identificación fiscal del lugar: _____ N°. de NPI: _____

Código del lugar de servicio: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

6 Suministro limitado gratuito

El programa Suministro limitado gratuito está disponible para pacientes elegibles que experimenten un retraso en la cobertura de más de 5 días hábiles. Complete la receta opcional que aparece a continuación para ayudar a agilizar el acceso a ENHERTU en caso de un retraso en la cobertura.

ENHERTU® (fam-trastuzumab deruxtecan-nxki) _____

_____ 100 mg en una ampolla de dosis única cantidad:_____ Sin reposiciones.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es correcta. Entiendo que el paciente debe tener un diagnóstico aprobado por la FDA para ser elegible para recibir los suministros limitados gratuitos. También comprendo que debo enviar una receta que cumpla con la ley estatal. No se ha solicitado el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas indicadas y no se solicitará a ninguna fuente. Además, entiendo que (Programas de DSI/AZ Alliance) se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros, a excepción de la información de identificación del paciente (a menos que la autorización del paciente esté en el archivo de (Programas de DSI/AZ Alliance)), de todas las entidades que reciben suministros limitados gratuitos. Entiendo que (Programas de DSI/AZ Alliance) se reserva el derecho de modificar o dejar sin efecto este programa en cualquier momento sin previo aviso. Mi firma confirma que este producto se le proporcionó sin cargo a este paciente. (No se permite el uso del sello o firmar en nombre del emisor de la receta).

Nombre del médico que receta: _____

Firma del médico que receta: _____ Fecha: _____

1-833-ENHERTU
(1-833-364-3788)

www.ENHERTU4U.com

1-866-760-5917

Complete, firme y envíe todas las páginas del formulario por fax al 1-866-760-5917.

ENHERTU4U proporciona a los pacientes y a sus proveedores acceso y asistencia para reembolsos relacionados con ENHERTU. El reembolso no está garantizado.

Consulte la Información de seguridad importante en las páginas 4, 5 ,6 y 7, y consulte la Información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS dentro del recuadro y la Guía del medicamento.

Información de seguridad importante

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

¿Cuál es la información más importante que debo conocer acerca de ENHERTU?
ENHERTU puede provocar efectos secundarios graves, incluidos:

- **Problemas pulmonares que pueden ser graves, potencialmente mortales, o que pueden provocar la muerte.** Si desarrolla problemas pulmonares, su proveedor de atención médica puede proporcionarle un tratamiento con medicamentos corticoesteroides. Informe a su proveedor de atención médica de inmediato si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas:
  - Tos
  - Dificultad para respirar o falta de aire
  - Fiebre
  - Otros síntomas respiratorios recientes o que empeoran (como opresión en el pecho y sibilancias)

- **Recuento bajo de glóbulos blancos (neutropenia).** Los recuentos bajos de glóbulos blancos son frecuentes con ENHERTU y en ocasiones pueden ser graves. Su proveedor de atención médica controlará el recuento de glóbulos blancos antes de comenzar a administrar ENHERTU y antes de comenzar con cada dosis. Informe a su proveedor de atención médica de inmediato si presenta algún signo o síntoma de infección o si tiene fiebre o escalofríos durante el tratamiento con ENHERTU.

- **Problemas cardíacos que pueden afectar la capacidad del corazón de bombear sangre.** Su proveedor de atención médica controlará su función cardíaca antes de comenzar el tratamiento con ENHERTU y durante el tratamiento, si es necesario. Informe a su proveedor de atención médica de inmediato si presenta alguno de los siguientes signos y síntomas:
  - Dificultad para respirar nueva o que empeora
  - Tos
  - Sensación de cansancio
  - Hinchazón de los tobillos o las piernas
  - Latidos cardíacos irregulares
  - Aumento repentino de peso
  - Mareos o sensación de desvanecimiento
  - Pérdida del conocimiento

Su proveedor de atención médica controlará estos efectos secundarios durante su tratamiento con ENHERTU. Su proveedor de atención médica puede reducir su dosis, pausar el tratamiento o suspender por completo el tratamiento con ENHERTU si presenta efectos secundarios graves.

- **Daños a su bebé en gestación.** Informe a su proveedor de atención médica de inmediato si queda embarazada o cree que podría estar embarazada durante el tratamiento con ENHERTU.
  - Si puede quedar embarazada, su proveedor de atención médica debe realizarle una prueba para la detección del embarazo antes de que comience el tratamiento con ENHERTU.
  - **Las mujeres** que pueden quedar embarazadas deben usar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con ENHERTU y durante 7 meses después de su última dosis.
  - **Los hombres** con parejas femeninas que puedan quedar embarazadas deben usar un método anticonceptivo eficaz (anticoncepción) durante el tratamiento con ENHERTU y durante 4 meses después de su última dosis.

Antes de recibir ENHERTU, informe al proveedor de atención médica sobre todas sus afecciones médicas, incluso si:

- Tiene problemas pulmonares o respiratorios.
- Presenta signos o síntomas de infección.
- Tiene o ha tenido problemas cardíacos.
- Está amamantando o planea amamantar. Se desconoce si ENHERTU pasa a la leche materna. No amamante durante el tratamiento con ENHERTU ni durante, al menos, 7 meses después de recibir la última dosis.

Informe a su proveedor de atención médica sobre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta con receta y los de venta sin receta, las vitaminas y los complementos a base de hierbas.

Consulte la Información de seguridad importante adicional en las páginas 4, 5 ,6 y 7, y consulte la Información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS dentro del recuadro y la Guía del medicamento.

Información de seguridad importante (continuación)

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

¿Cómo recibiré ENHERTU?

- Recibirá ENHERTU en una vena a través de una línea intravenosa (IV) que le colocará su proveedor de atención médica.
- Para el tratamiento del cáncer de mama en estadio temprano:
  - Antes de la cirugía, ENHERTU se administra una vez cada tres semanas (ciclo de tratamiento de 21 días) durante 4 ciclos, seguido de THP durante 4 ciclos.
  - Después del tratamiento dirigido a HER2 y la cirugía, ENHERTU se administra 1 vez cada tres semanas (ciclo de tratamiento de 21 días) durante 14 ciclos.
- Para el tratamiento del cáncer de mama metastásico, del carcinoma broncopulmonar no microcítico con mutación en el HER2, del cáncer gástrico o de otros tumores sólidos positivos para HER2:
  - ENHERTU se administra una vez cada tres semanas (ciclo de tratamiento de 21 días).
  - Su proveedor de atención médica decidirá cuántos tratamientos necesita.
- Su proveedor de atención médica le recetará medicamentos antes de administrar la infusión para ayudar a prevenir las náuseas y los vómitos.
- Su proveedor de atención médica puede ralentizar o interrumpir temporalmente la infusión de ENHERTU si tiene una reacción relacionada con la infusión, o interrumpir permanentemente la administración si tiene reacciones graves a la infusión.
- Si omite una dosis planificada de ENHERTU, llame inmediatamente a su proveedor de atención médica para programar una cita. No espere hasta el próximo ciclo de tratamiento planificado.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de ENHERTU?

ENHERTU puede causar efectos secundarios graves. Consulte "¿Cuál es la información más importante que debo conocer acerca de ENHERTU?"

Los efectos secundarios más frecuentes de ENHERTU, cuando se utiliza solo con dosis de 5,4 mg/kg en personas con cáncer de mama HER2 positivo, HER2 bajo y HER2 ultrabajo, carcinoma broncopulmonar no microcítico con mutación en el HER2 y otros tumores sólidos positivos para HER2, incluyen los siguientes:

- Recuentos bajos de glóbulos blancos
- Náuseas
- Recuentos bajos de glóbulos rojos
- Sensación de cansancio
- Recuentos bajos de plaquetas
- Aumento en las pruebas de función hepática
- Vómitos
- Caída del cabello
- Estreñimiento
- Niveles bajos de potasio en sangre
- Disminución del apetito
- Diarrea
- Dolor muscular u óseo

Los efectos secundarios más frecuentes de ENHERTU, cuando se utiliza solo con dosis de 5,4 mg/kg seguido de THP en personas con cáncer de mama temprano HER2 positivo en estadio II o estadio III, incluyen los siguientes:

- Recuentos bajos de glóbulos rojos
- Aumento en las pruebas de función hepática
- Recuentos bajos de glóbulos blancos
- Náuseas
- Inflamación de los nervios que provoca entumecimiento, debilidad, hormigueo o dolor con sensación de ardor en los brazos y las piernas.
- Diarrea
- Caída del cabello
- Sensación de cansancio
- Erupción cutánea
- Dolor muscular u óseo
- Niveles bajos de potasio en sangre
- Estreñimiento
- Vómitos
- Llagas en la boca o alrededor de ella
- Disminución del apetito

Consulte la Información de seguridad importante adicional en las páginas 4, 5 y 6, y consulte la Información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS dentro del recuadro y la Guía del medicamento.

Información de seguridad importante (continuación)

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

Los efectos secundarios más frecuentes de ENHERTU, cuando se utiliza en combinación con pertuzumab con dosis de 5,4 mg/kg en personas con cáncer de mama metastásico HER2 positivo, incluyen los siguientes:

- Recuentos bajos de glóbulos blancos
- Recuentos bajos de glóbulos rojos
- Náuseas
- Aumento en las pruebas de función hepática
- Diarrea
- Recuentos bajos de plaquetas
- Niveles bajos de potasio en sangre
- Sensación de cansancio
- Caída del cabello
- Vómitos
- Infección de las vías respiratorias superiores
- Estreñimiento
- Disminución del apetito
- Pérdida de peso
- COVID-19
- Dolor muscular u óseo
- Niveles elevados de bilirrubina en sangre
- Dolor de estómago

Los efectos secundarios más frecuentes de ENHERTU, cuando se utiliza solo con dosis de 6,4 mg/kg en personas con adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica (gastroesophageal junction, GEJ) HER2 positivo, incluyen los siguientes:

- Recuentos bajos de glóbulos rojos
- Recuentos bajos de glóbulos blancos
- Recuentos bajos de plaquetas
- Náuseas
- Disminución del apetito
- Aumento en las pruebas de función hepática
- Sensación de cansancio
- Diarrea
- Niveles bajos de potasio en sangre
- Vómitos
- Estreñimiento
- Niveles elevados de bilirrubina en sangre
- Fiebre
- Caída del cabello

ENHERTU puede causar problemas de fertilidad en los hombres, lo que puede afectar la capacidad de tener hijos. Hable con su proveedor de atención médica si tiene inquietudes sobre la fertilidad.

Estos no son todos los efectos secundarios posibles de ENHERTU. Llame a su médico para recibir asesoramiento médico sobre los efectos secundarios. Puede informar los efectos secundarios a Daiichi Sankyo si llama al 1-877-437-7763, o a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) si llama al 1-800-FDA-1088.

¿Qué es ENHERTU?

ENHERTU es un medicamento recetado que se usa para tratar a adultos que tienen lo siguiente:

- Cáncer de mama en estadio II o III temprano con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) positivo, seguido de un tratamiento con taxano, trastuzumab y pertuzumab (THP) antes de la cirugía. El proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que ENHERTU sea adecuado para usted.
- Cáncer de mama que es positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y que no se puede extirpar mediante cirugía o que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metastásico) y que han recibido un tratamiento en combinación con pertuzumab como primer tratamiento. El proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que la combinación de ENHERTU con pertuzumab sea adecuada para usted.

ENHERTU por sí solo es un medicamento recetado que se usa para tratar a adultos que tienen lo siguiente:

- Pacientes con cáncer de mama HER2 positivo en etapa temprana que hayan recibido tratamiento con trastuzumab (con o sin pertuzumab) y con taxanos antes de la cirugía y que presenten células cancerosas residuales en el tejido extirpado durante la intervención quirúrgica.

Información de seguridad importante (continuación)

ENHERTU® 4U
fam-trastuzumab deruxtecan-nxki
20 mg/mL INJECTION FOR INTRAVENOUS USE

- Cáncer de mama que es positivo para el HER2 y que no se puede extirpar mediante cirugía o que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metastásico) y que hayan recibido un tratamiento previo contra el HER2 para el cáncer de mama:
  - por enfermedad metastásica, **o bien**
  - para el cáncer de mama que reapareció durante el tratamiento del cáncer de mama en estadio inicial, o bien en los 6 meses desde haberlo completado.
- El cáncer de mama con un nivel de HER2 bajo que no se puede extirpar mediante cirugía o que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (es metastásico) y que hayan recibido tratamiento previo con quimioterapia:
  - por enfermedad metastásica, **o**
  - cuya enfermedad ha reaparecido durante la quimioterapia adyuvante (después de la cirugía), o bien en los 6 meses desde haberla completado. Su proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que ENHERTU sea adecuado para usted.
- Cáncer de mama con receptor hormonal (HR) positivo, HER2 bajo o HR positivo, HER2 ultrabajo que no se puede extirpar mediante cirugía o que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (es metastásico) y que hayan recibido al menos un tratamiento endocrino para su enfermedad metastásica. Su proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que ENHERTU sea adecuado para usted.
- Cáncer de pulmón de células no pequeñas (Non-small cell lung cancer, NSCLC) que tiene una mutación determinada en el gen HER2 y no se puede extirpar mediante cirugía o que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metastásico) y que hayan recibido un tratamiento previo. Su proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que ENHERTU sea adecuado para usted.
  - ENHERTU recibió la aprobación de la FDA para este uso según un estudio clínico en el que se midió cuántos pacientes respondieron y durante cuánto tiempo respondieron. ENHERTU todavía se está estudiando para confirmar estos resultados.
- Cáncer de estómago llamado adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica (gastric or gastroesophageal junction, GEJ) que es HER2 positivo y se ha diseminado a zonas cercanas al estómago (localmente avanzado) o a otras partes del cuerpo (metastásico) y que hayan recibido un régimen previo a base de trastuzumab.
- Tumores sólidos que son HER2 positivos (IHC 3+) y que no se pueden extirpar mediante cirugía o que se han diseminado a otras partes del cuerpo (metastásico) y que hayan recibido un tratamiento previo y no tienen otras opciones de tratamiento satisfactorias. Su proveedor de atención médica le realizará una prueba para asegurarse de que ENHERTU sea adecuado para usted.
  - ENHERTU recibió la aprobación de la FDA para este uso según un estudio clínico en el que se midió cuántos pacientes respondieron y durante cuánto tiempo respondieron. ENHERTU todavía se está estudiando para confirmar estos resultados.

Se desconoce si ENHERTU es seguro y eficaz en niños.

Consulte la Información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS dentro del recuadro y la Guía del medicamento.

ENHERTU4U proporciona a los pacientes y a sus proveedores acceso y asistencia para reembolsos relacionados con ENHERTU. El reembolso no está garantizado.

ENHERTU® es una marca comercial registrada de Daiichi Sankyo Company, Limited.
© 2026 Daiichi Sankyo, Inc. y AstraZeneca. Todos los derechos reservados.
PP-US-EN-3036-2 US-111469 Última actualización 08/26

Daiichi-Sankyo | AstraZeneca