# Su registro para dar seguimiento al tratamiento de REBLOZYL

**Este registro de seguimiento fue creado para adultos con una receta de REBLOZYL para tratar la anemia relacionada con MDS (síndromes mielodisplásicos) y para las personas que participan de su cuidado.** El seguimiento puede ayudarles a mantenerse organizado y seguir adelante con sus objetivos de tratamiento.

## ¿Qué es REBLOZYL?

REBLOZYL es un medicamento inyectable recetado, y se usa para tratar la anemia (recuento bajo de glóbulos rojos) en adultos con:

**MDS** que pueden necesitar transfusiones de glóbulos rojos (RBC, por sus siglas en inglés) con regularidad y nunca han recibido otro tipo de medicamento conocido como un agente estimulante de la eritropoyesis (ESA, por sus siglas en inglés).

**MDS**: **s**índromes **m**ielo**d**isplásicos

**MDS-RS o MDS/MPN-RS-T** que necesitan 2 o más unidades de RBC en 8 semanas y no han respondido bien a un ESA.

**MDS-RS**: **s**índromes **m**ielo**d**isplásicos con **a**nillo de **s**ideroblastos

**MDS/MPN-RS-T**: **n**eoplasias **m**ielo**d**isplásicas o **m**ielo**p**roliferativas con **a**nillo de **s**ideroblastos y **t**rombocitosis

- ✗ REBLOZYL no es un sustituto para las transfusiones de RBC en personas que necesitan tratamiento inmediato para la anemia.
- ✗ Se desconoce si REBLOZYL es seguro y eficaz en niños menores de 18 años.

## ¿Qué debo discutir con mi equipo de profesionales de la salud antes de comenzar el tratamiento?

**Hable con su equipo de profesionales de la salud sobre todos sus problemas de salud y factores de riesgo,** incluido si:

- tiene o ha tenido coágulos sanguíneos
- usa terapia de reemplazo hormonal o píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales)
- se ha sometido a una extirpación del bazo (esplenectomía)
- fuma
- tiene o ha tenido presión arterial alta (hipertensión)

**Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.**

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

**Este registro de seguimiento pertenece a:**

_____

**Mi número de teléfono es:**

_____

**Mi correo electrónico es:**

_____

## ¿Cómo uso este registro de seguimiento?

Puede usar este registro de seguimiento durante y entre cada cita. En este encontrará espacio para anotar sus objetivos de tratamiento, su información de salud y otras fechas importantes y detalles de su tratamiento.

Recuerde traerlo a sus citas. Este le ayudará a conversar con su equipo de profesionales de la salud sobre su seguimiento, y facilitará su conversación.

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

# La información de contacto de mi equipo de profesionales de la salud

Tener la información de contacto de su equipo de profesionales de la salud en un solo lugar puede ser útil.

Use esta página para anotar la información de contacto de las personas que entiende que son parte importante de su equipo de profesionales de la salud.

## Hematólogo/Oncólogo

Nombre _____

_____ _____

## Enfermero/a practicante

Nombre _____

_____ _____

## Enfermero/a

Nombre _____

_____ _____

## Médico primario

Nombre _____

_____ _____

## Farmacia

Nombre _____

_____ _____

## Otro apoyo

Añada cualquier otra información de contacto que pudiera necesitar.

Nombre _____

_____ _____

Nombre _____

_____ _____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# ¿Por qué es tan importante dar seguimiento a mi tratamiento?

- **Le permite a su equipo de profesionales de la salud tener una visión completa de su salud.** El seguimiento puede darle un cuadro completo de cómo está funcionándole REBLOZYL, aunque no se encuentre en la sala de examen.

- **Le ayuda a usted a expresarse mejor.** Su seguimiento puede darle dirección a sus conversaciones con su equipo de profesionales de la salud, en particular, cuando es hora de hacer preguntas y repasar sus opciones.

- **Muestra cuán lejos ha llegado.** El seguimiento puede mostrar su progreso a lo largo del tiempo y ayudarle a usted y a su equipo de profesionales de la salud a conocer cuando pudiera necesitar un cambio.

Mientras más sepan usted, sus cuidadores y su equipo de profesionales de la salud sobre su salud, más confianza tendrán para juntos tomar decisiones importantes relacionadas con su tratamiento.

## ¿Cuáles son los efectos secundarios graves de REBLOZYL?

Un **efecto secundario grave** es un efecto secundario que a veces puede atentar contra la vida y provocar la muerte. Estos pueden ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento o incluso hasta después de haber terminado el tratamiento. Pudiera presentar más de un efecto secundario a la misma vez.

**Coágulos de sangre (trombosis/tromboembolismo)** — Durante el tratamiento con REBLOZYL, han ocurrido coágulos sanguíneos en las arterias, venas, cerebro y pulmones en personas con betatalasemia. El riesgo de coágulos sanguíneos puede ser mayor en personas que se han sometido a una extirpación del bazo o que usan terapia de reemplazo hormonal o píldoras anticonceptivas.

**Llame a su profesional de la salud o busque ayuda médica de inmediato** si tiene alguno de estos síntomas:

- dolor de pecho
- dificultad para respirar o falta de aliento
- dolor en la pierna, con o sin hinchazón
- sensación de frío o palidez en los brazos o piernas
- sensación repentina de entumecimiento o debilidad de corta duración o que continúa ocurriendo por un periodo prolongado, en especial en un lado del cuerpo
- dolor de cabeza intenso o confusión
- problemas repentinos de la visión, el habla o el equilibrio (como dificultad para hablar, caminar o mareos)

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# ¿A qué puedo darle seguimiento durante mi tratamiento?

## Puede darle seguimiento a sus:

**Niveles de hemoglobina (Hgb):** Anote los resultados cada vez que se haga un análisis de laboratorio.

**Transfusiones de glóbulos rojos (RBC):** Anote la fecha y cantidad de unidades de cada transfusión.

**Síntomas y efectos secundarios:** Entre cada cita, anote los síntomas o efectos secundarios que esté teniendo, los nuevos o los que han cambiado.

**Dosis de REBLOZYL:** Anote la fecha y la cantidad de cada dosis de REBLOZYL.

---

**¿Cuáles son los efectos secundarios graves de REBLOZYL? (continuación)**

**Presión arterial alta (hipertensión) —** REBLOZYL puede aumentar su presión arterial. Su profesional de la salud verificará la presión arterial antes de recibir su dosis de REBLOZYL. Puede que su profesional de la salud le recete un medicamento para tratar la presión arterial alta o aumente la dosis del medicamento que toma para tratar la presión arterial alta, si desarrolla presión arterial alta durante el tratamiento con REBLOZYL.

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# ¿Por qué debo establecer objetivos de tratamiento?

Establecer objetivos es una manera apropiada para que usted y su equipo de profesionales de la salud puedan medir su progreso en cada etapa de su tratamiento. Sus objetivos y el seguimiento pueden ayudar a su equipo de profesionales de la salud a conocer cómo está respondiendo a REBLOZYL.

**En personas que usan REBLOZYL como primera línea de tratamiento:**
Sus objetivos pudieran ser aumentar sus niveles de hemoglobina (Hgb) y lograr no tener que recibir transfusiones.

**En personas que usan REBLOZYL como segunda línea de tratamiento:**
Su objetivo pudiera ser querer reducir las transfusiones y no tener que volver a recibir una.

Cada trayectoria es distinta, y no hay un grupo de objetivos que les funcionen a todos por igual. Hable con su equipo de profesionales de la salud respecto a cuáles pudieran ser los objetivos adecuados para usted.

**Estas conversaciones pueden ayudar a su equipo de profesionales de la salud a asegurarse de que su dosis respalda sus objetivos de tratamiento.**

## ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes de REBLOZYL?

Los efectos secundarios más comunes de REBLOZYL incluyen:

- **cansancio**
- **dolor de cabeza**
- **dolor de espalda, en las articulaciones, músculos o huesos**
- **mareos**
- **náuseas**
- **diarrea**
- **tos**
- **dolor de estómago (abdominal)**
- **dificultad para respirar**
- **hinchazón de las manos, piernas o pies**
- **presión arterial alta**
- **reacciones alérgicas**

Estos no son todos los posibles efectos secundarios.

**Hable con su equipo de profesionales de la salud** para obtener más información sobre los efectos secundarios. Se le exhorta a notificar los efectos secundarios negativos de los medicamentos recetados a la FDA en **www.fda.gov/medwatch** o llamando al **1-800-FDA-1088.**

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# ¿Cuáles son mis objetivos de tratamiento?

Escribir sus objetivos puede ayudarle a mantenerse centrado en estos a lo largo de su trayectoria de tratamiento.

## ¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?

## ¿Tiene algún objetivo en cuanto a su hemoglobina (Hgb)? Si lo tiene, ¿cuál es?

## ¿Con qué frecuencia está recibiendo transfusiones de RBC? ¿Es reducir las transfusiones uno de sus objetivos?

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Mi registro de seguimiento del tratamiento de REBLOZYL

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Muestra registro de seguimiento

**RECUERDE LLEVAR ESTAS NOTAS CON USTED A CADA VISITA**

## Durante su visita

Fecha de su visita: 22 de marzo

¿Recibió REBLOZYL? [X] Sí [ ] No Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? 1 mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior 6 g/dL Nivel de hemoglobina actual 6.5 g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | Cansancio extremo |
| ¿Cuándo se sintió así? | 15 de marzo, a media mañana |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue? 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | 3 |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | Muy cansando |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Sí [X] No [ ]

Fecha de la transfusión(es): 30 de marzo

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

Recibí una unidad. Después, me sentí un poco mejor, pero comencé a sentirme cansado otra vez a la semana más o menos.

## Para su próxima visita

Fecha de su visita 12 de abril de 2023

Anote cualquier pregunta o tema del que quisiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

¿Entiende que mi dosis de REBLOZYL debe cambiar? Quiero conversar sobre cómo saber cuándo esto debe ser necesario.

EJEMPLO

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Registro de seguimiento

## Durante su visita

Fecha de su visita: _____

¿Recibió REBLOZYL? ☐ Sí No ☐ Si respondió sí, ¿qué dosis recibió? _____ mg/kg

Nivel de hemoglobina anterior _____ g/dL Nivel de hemoglobina actual _____ g/dL

## Entre cada visita

### Síntomas o efectos secundarios

| | |
|---|---|
| ¿Qué síntomas o efectos secundarios presentó? | |
| ¿Cuándo se sintió así? | |
| De 1 a 3, ¿cuán grave fue?<br>1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave | |
| Anote cualquier otro detalle que desearía que su equipo de profesionales de la salud conociera | |

¿Recibió una transfusión de glóbulos rojos (RBC) entre las citas? Si ☐ No ☐

Fecha de la transfusión(es): _____

Anote cualquier información sobre su transfusión(es) de RBC, incluido la cantidad de unidades:

_____

_____

## Para su próxima visita

Fecha de su visita _____

Anote cualquier pregunta o tema del que quiera hablar con su equipo de profesionales de la salud:

_____

_____

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

**Datos importantes sobre REBLOZYL®**
(luspatercept-aamt)

El siguiente es un resumen de la información importante que debe conocer sobre REBLOZYL. Su equipo de profesionales de la salud puede ayudarle a responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre este medicamento. Guarde esta información en un lugar seguro para que pueda hacer referencia a esta antes y durante su tratamiento.

**Esté atento a los siguientes iconos según vaya leyendo:**

- Hable con su equipo de profesionales de la salud
- Llame a un profesional de la salud de inmediato
- Información útil para recordar

## ¿Qué debo analizar con mi equipo de profesionales de la salud antes de comenzar el tratamiento?

**Hable con su equipo de profesionales de la salud sobre todos sus problemas de salud y factores de riesgo,** incluido si:

- tiene o ha tenido coágulos sanguíneos
- usa terapia de reemplazo hormonal o píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales)
- se ha sometido a una extirpación del bazo (esplenectomía)
- fuma
- tiene o ha tenido presión arterial alta (hipertensión)

**Informe a su profesional de la salud sobre todos los medicamentos que usa,** incluidos:

- medicamentos recetados
- vitaminas
- medicamentos sin receta
- suplementos a base de hierbas

Estos no son todos los temas de los que debe hablar con su equipo de profesionales de la salud. Pregúntele a su equipo de profesionales de la salud sobre cualquier cosa de la que no esté seguro antes de comenzar el tratamiento.

## ¿De qué debo hablar con mi equipo de profesionales de la salud respecto al embarazo, el control del embarazo y la lactancia?

**Hable con su equipo de profesionales de la salud** si:

**Está embarazada o tiene planes de estarlo — REBLOZYL puede causar daño al feto**

Si tiene la capacidad para quedar embarazada, su equipo de profesionales de la salud debe hacerle una prueba de embarazo antes de comenzar a recibir REBLOZYL. Debe usar anticonceptivos efectivos durante el tratamiento y por al menos 3 meses después de su última dosis de REBLOZYL. Hable con su equipo de profesionales de la salud sobre los anticonceptivos que puede usar con REBLOZYL

**Llame a su profesional de la salud de inmediato** si queda embarazada o cree que puede estar embarazada durante el tratamiento con REBLOZYL.

**REBLOZYL puede afectar su capacidad para quedar embarazada.** Hable con su equipo de profesionales de la salud si los problemas de fertilidad le causan preocupación.

**Está lactando o planes de hacerlo**

No debe lactar durante el tratamiento ni por 3 meses después de su última dosis de REBLOZYL. Se desconoce si REBLOZYL pasa a la leche materna. Hable con su equipo de profesionales de la salud sobre la mejor manera de alimentar a su bebé durante este tiempo.

## ¿Cuáles son los efectos secundarios graves de REBLOZYL?

Un **efecto secundario grave** es un efecto secundario que a veces puede atentar contra la vida y provocar la muerte. Estos pueden ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento o incluso hasta después de haber terminado el tratamiento. Pudiera presentar más de un efecto secundario a la misma vez.

Consulte la Información de Seguridad Importante a lo largo de este folleto, al igual que la Información de Prescripción completa y la Información para el Paciente de REBLOZYL.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

**Coágulos de sangre (trombosis/tromboembolismo)** — Durante el tratamiento con REBLOZYL, han ocurrido coágulos sanguíneos en las arterias, venas, cerebro y pulmones en personas con betatalasemia. El riesgo de coágulos sanguíneos puede ser mayor en personas que se han sometido a una extirpación del bazo o que usan terapia de reemplazo hormonal o píldoras anticonceptivas.

**Llame a su profesional de la salud o busque ayuda médica de inmediato** si presenta cualquiera de estos síntomas:

- dolor de pecho
- dificultad para respirar o falta de aliento
- dolor en la pierna, con o sin hinchazón
- sensación de frío o palidez en los brazos o piernas
- sensación repentina de entumecimiento o debilidad de corta duración o que continúa ocurriendo por un periodo prolongado, en especial en un lado del cuerpo
- dolor de cabeza intenso o confusión
- problemas repentinos de la visión, el habla o el equilibrio (como dificultad para hablar, caminar o mareos)

**Presión arterial alta (hipertensión)** — REBLOZYL puede aumentar su presión arterial. Su profesional de la salud verificará la presión arterial antes de recibir su dosis de REBLOZYL. Puede que su profesional de la salud le recete un medicamento para tratar la presión arterial alta o aumente la dosis del medicamento que toma para tratar la presión arterial alta, si desarrolla presión arterial alta durante el tratamiento con REBLOZYL.

## ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes de REBLOZYL?

Los efectos secundarios más comunes de REBLOZYL incluyen:

- **cansancio**
- **dolor de cabeza**
- **dolor de espalda, en las articulaciones, músculos o huesos**
- **dolor en las articulaciones**
- **mareos**
- **náuseas**
- **diarrea**
- **tos**
- **dolor de estómago (abdominal)**
- **dificultad para respirar**
- **hinchazón de las manos, piernas o pies**
- **presión arterial alta**
- **reacciones alérgicas**

Estos no son todos los efectos secundarios posibles.

**Hable con su equipo de profesionales de la salud** para obtener más información sobre los efectos secundarios. Se le exhorta a notificar los efectos secundarios a la FDA en **www.fda.gov/medwatch** o llamando al **1-800-FDA-1088.**

## ¿Cómo recibiré REBLOZYL?

**REBLOZYL se administra vía inyección subcutánea (debajo de la piel)** en la parte superior del brazo, en el muslo o abdomen por un profesional de la salud. La dosis inicial recomendada de REBLOZYL es 1 mg/kg, una vez cada 3 semanas. Usted junto con su equipo de profesionales de la salud deben determinar el plan de tratamiento adecuado para usted.

REBLOZYL es un tipo de medicamento conocido como un agente de maduración eritroide (EMA, por sus siglas en inglés), y está disponible en viales de dosis única que deben prepararse y ser inyectados por un profesional de la salud.

Ingredientes activos: luspatercept-aamt
Ingredientes inactivos: ácido cítrico monohidratado, polisorbato 80, sacarosa y citrato trisódico dihidratado

Antes de cada inyección de REBLOZYL, su profesional de la salud llevará a cabo pruebas para verificar su hemoglobina, revisar su historial de transfusiones y conocer cómo su anemia está respondiendo a REBLOZYL. Su profesional de la salud pudiera ajustar la dosis o suspender el tratamiento dependiendo de cómo usted responde a REBLOZYL.

### ¿Qué sucede si se retrasa o se omite una dosis?

**Llame a su profesional de la salud lo antes posible** para volver a coordinar su próxima cita si se retrasó o se omitió una dosis. Su profesional de la salud le administrará la dosis de REBLOZYL lo antes posible. Su tratamiento con REBLOZYL continuará según indicado, con al menos 3 semanas entre cada dosis.

Para más información, consulte la Información de Prescripción completa y la Guía del Medicamento adjunto para REBLOZYL.

Hable con su equipo de profesionales de la salud para obtener más información sobre este medicamento.

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg

# Otros recursos para su trayectoria con REBLOZYL

**Puede encontrar más información sobre REBLOZYL y anemia relacionada con MDS, en REBLOZYLALDIA.com**

## También puede descargar otros recursos para REBLOZYL:

Haga clic aquí para conocer estos recursos

**Folleto para el paciente de REBLOZYL**
(disponible en inglés y español)

El Folleto para el paciente de REBLOZYL puede ayudarle a conocer más sobre el tratamiento con REBLOZYL.

**Folleto Educativo de MDS**

El Folleto Educativo de MDS puede ayudarle a conocer más sobre los síndromes mielodisplásicos (MDS) y la anemia relacionada con MDS.

**Guía de conversación con el médico**

La Guía para conversar con el médico puede ayudarle a expresarse con su equipo de profesionales de la salud.

Reblozyl® AL DÍA

Inscríbase en *REBLOZYL AL DÍA*, un programa educativo diseñado para ayudarle a entender su tratamiento con REBLOZYL y proveerle recursos que le permiten desempeñarse de manera más activa en cuanto a su cuidado de salud.

Bristol Myers Squibb®

REBLOZYL® es una marca comercial de Celgene Corporation, una compañía de Bristol Myers Squibb *REBLOZYL AL DÍA* es una marca comercial de Bristol-Myers Squibb Company. REBLOZYL® tiene licencia de Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EE. UU. y sus afiliadas.
© 2025 Bristol-Myers Squibb Company.
2007-PR-2500003 03/25

Reblozyl®
(luspatercept-aamt)
for injection 25mg • 75mg