

**CERTIFICADO DE  
VACUNACIÓN PARA EL  
TRATAMIENTO CON:  
▼ ZILBRYSQ® (ZILUCOPLÁN)**

**Información sobre prevención de riesgos acordada con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Julio-2024**

Disponible en la página web de la AEMPS. [www.aemps.gob.es](http://www.aemps.gob.es)

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Se recuerda la importancia de notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Centro Autónomo de Farmacovigilancia correspondiente o del formulario electrónico disponible en <https://www.notificaRAM.es>

# Certificado de vacunación

Este formulario debe ser cumplimentado y entregado a UCB antes de iniciar el tratamiento con ZILBRYSQ® (zilucoplan)

ES REQUISITO **OBLIGATORIO** Y NECESARIO ANTES DE PROCEDER AL ENVÍO DEL FÁRMACO

Todos los pacientes deben vacunarse contra las infecciones meningocócicas al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento con ZILBRYSQ® (zilucoplán). Una vez que su paciente haya sido vacunado, confírmelo cumplimentando el siguiente formulario (en mayúsculas).

- Por favor, escanee el certificado y envíelo por correo electrónico a:  
[ucb-support@axian.consulting](mailto:ucb-support@axian.consulting)
- UCB utiliza la información enviada en este formulario para generar un código de paciente del Programa de Acceso Controlado (PAC) único para este paciente. Este código confirma que el paciente ha sido vacunado.
- Recibirá el código de paciente de PAC al correo electrónico proporcionado en **2 días** laborables.
- Deberá anotar el código de paciente recibido en cada prescripción de zilucoplán y en la tarjeta de información al paciente. Esto ayudará a garantizar que esta importante información esté disponible para que se pueda solicitar zilucoplán para su paciente.
- Para cumplimentar este formulario electrónicamente y/o revisar la guía sobre el programa de acceso controlado, por favor visite la página: <https://hcp.zilucoplan.eu/esp>

## Información del prescriptor

Nombre\*:

Correo electrónico\*:

Número de teléfono:

Hospital\*:

Dirección:

Ciudad\*:

Código Postal:

País:

## Información del paciente

Fecha de nacimiento\* (mm/aaaa):

\*Información obligatoria

Confirmando que he facilitado/facilitaré al paciente/al cuidador toda la información necesaria, incluyendo la Guía dirigida al paciente/cuidador y la tarjeta de información para el paciente.

He informado al paciente que recogeré su fecha de nacimiento para poder generar un código de paciente del Programa de Acceso Controlado (PAC)

Confirmando que este paciente se ha vacunado/vacunará contra *Neisseria meningitidis* serogrupos A, C, Y, W y, si está disponible, serogrupo B, para prevenir los serogrupos meningocócicos patógenos habituales, de acuerdo con las guías disponibles más recientes:

- Al menos 2 semanas antes de la administración de la primera dosis de zilucoplan
- Si el tratamiento debía administrarse en menos de 2 semanas desde la vacuna, que el paciente recibe antibióticos profilácticos hasta 2 semanas después de la primera dosis de vacunación.

Firma del prescriptor:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Para una información más detallada sobre el medicamento, es importante que consulte la Ficha Técnica correspondiente en el centro de información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA), disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

UCB trata los datos personales de los profesionales sanitarios para la gestión y la reducción de los riesgos asociados al uso de ZILBRYSQ® sin la vacunación adecuada. Consulte nuestra Política de Privacidad para Profesionales Sanitarios para obtener detalles sobre el procesamiento de sus datos personales, sus derechos y cómo ejercerlos en el siguiente enlace [https://www.ucb.com/up/ucb\\_com\\_home/documents/HCP\\_General\\_Privacy\\_Policy\\_ES\\_FIN\\_AL.pdf](https://www.ucb.com/up/ucb_com_home/documents/HCP_General_Privacy_Policy_ES_FIN_AL.pdf)