

Carta de Necesidad Médica para viajar

A quien corresponda:

_____ es actualmente un paciente bajo mi cuidado y
(Nombre y fecha de nacimiento del paciente)
necesita recibir inyecciones de YUWIWEL® (navepegritide). Este paciente requiere YUWIWEL para continuar con el tratamiento de su afección médica. Por lo tanto, es posible que este paciente o su cuidador lleven consigo uno o más de los siguientes artículos:

- Un vial de YUWIWEL (1.3 mg, 2.8 mg o 5.5 mg)
- Una jeringa precargada que contenga agua estéril y una jeringa de inyección
- Agujas desechables
- Un contenedor para objetos punzocortantes de riesgo biológico para la eliminación de residuos

Permita que _____ o su cuidador

_____ pase por el control de seguridad y aborde su vuelo
(Nombre del paciente)
(Nombre del cuidador)
con su YUWIWEL y sus suministros. Se recomienda guardar YUWIWEL en el equipaje de mano para asegurarse de que no se pierda.

Si tiene preguntas o desea obtener información adicional sobre YUWIWEL, llame al **1-844-442-7236** y seleccione la opción 3 (disponible de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este, de lunes a viernes). Póngase en contacto con mi oficina llamando al _____ si tiene alguna pregunta específica sobre un paciente.
(Número de teléfono)

Saludos cordiales

(Firma del médico)

(Nombre del médico)

(Número de teléfono del médico)



© Abril de 2026 Ascendis Pharma Endocrinology, Inc. Todos los derechos reservados.
YUWIWEL®, Ascendis®, el logotipo de Ascendis Pharma y el logotipo de la compañía
son marcas comerciales registradas propiedad de Ascendis Pharma Group.
US-COMMCNP-2600074 04/26

