



Registro de tratamiento

DIARIO



Información personal

Nombre:

Número de teléfono:

Información de contacto médico

Nombre del médico,
número de teléfono
o correo electrónico:
.....
.....

Educador de apoyo familiar (FSE)
Nombre y número de teléfono:

Número de teléfono de la farmacia especializada AnovoRx: 1-844-288-5007

Para obtener más información sobre el tratamiento con DAYBUE® o para volver a pedir este registro de tratamiento diario, comuníquese con su educador de apoyo familiar (Family Support Educator, FSE) o llame a Acadia Connect® al 1-844-737-2223, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 p. m., hora del este.

Seguimiento del recorrido de su ser querido con DAYBUE

Este es un momento esperanzador y emocionante ya que su ser querido comienza el tratamiento con DAYBUE.

Utilice este registro para hacer seguimiento de su recorrido y ayudarlos a usted y a su equipo de atención a reconocer los cambios a lo largo del tiempo.



Hable con el médico de su ser querido sobre la mejor manera de comunicarse con él. Lleve a las citas información clave, como notas sobre síntomas, medicamentos o cambios diarios de este registro de tratamiento, para ayudar a guiar la conversación.

DAYBUE (trofinetida) es un medicamento de venta con receta que se utiliza para tratar el síndrome de Rett en adultos y niños de 2 años o más.

acadia
connect®

Sepa que tiene apoyo a su lado



Acadia Connect es un programa de apoyo al paciente y la familia que los conecta a usted y a su familia con recursos y apoyo educativo a lo largo de la experiencia del tratamiento con DAYBUE.

El equipo lo ayudará con:

- Entender y verificar la cobertura del seguro
- Información sobre posibles opciones de asistencia financiera
- Apoyo y educación

Esperanzas y preguntas sobre DAYBUE

¿Qué espera ver con DAYBUE?

¿Tiene alguna pregunta sobre el inicio de DAYBUE?

COMIENCE AQUÍ

7 días antes de empezar el tratamiento con DAYBUE



Considere hacer un seguimiento de las deposiciones de su ser querido durante los siguientes 7 días

Una semana antes de empezar el tratamiento con DAYBUE, registre las deposiciones de su ser querido utilizando la escala de heces de Bristol como guía. Esto le ayudará a establecer un “inicio de deposición”. Si su ser querido tiende a tener estreñimiento o tiene heces sueltas con frecuencia, el seguimiento de esta información ayudará a proporcionar al médico de su ser querido información sobre los hábitos intestinales de su ser querido antes de iniciar el tratamiento con DAYBUE.

Asegúrese de hablar con el médico de su ser querido sobre un plan de manejo para abordar el posible efecto secundario de diarrea durante el tratamiento con DAYBUE.

Compare las heces de su ser querido con los ejemplos de la escala de heces de Bristol a la derecha y regístrelas en el Registro de heces de 7 días en la página siguiente.

Escala de heces de Bristol

La escala de heces de Bristol se utiliza para evaluar la textura y la forma de las deposiciones. Aunque no es necesaria para evaluar la diarrea de su ser querido, puede ser una herramienta útil para comparar cómo son sus deposiciones en el día a día.

Tipo 1		Bultos duros separados, como nueces (difíciles de expulsar)
Tipo 2		Con forma de salchicha pero con bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trozos blandos con bordes bien definidos
Tipo 6		Fragmentos esponjosos con bordes irregulares, heces pastosas
Tipo 7		Acuosas, sin trozos sólidos. Totalmente líquida.

Adaptado de Harvey S, Matthai S, King DA. How to use the Bristol Stool Chart in childhood constipation. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2023;108(5):335-339.

Registro de heces de 7 días

Fecha/hora	Deposición (Sí/No)		Medicamentos/suplementos para la diarrea/el estreñimiento administrados	Describa la deposición Tipo/aspecto/color

 Al final de los 7 días y antes de comenzar el tratamiento con DAYBUE, muestre al médico de su ser querido el Registro de heces de 7 días completado.

El médico de su ser querido puede ajustar los medicamentos y/o suplementos actuales para el estreñimiento o la diarrea antes de comenzar el tratamiento con DAYBUE.

ANTES DEL TRATAMIENTO

Use esta primera hoja para anotar la variedad de síntomas, comportamientos y estados de ánimo que ha observado en su ser querido antes del tratamiento; luego utilice las siguientes páginas para registrar cualquier cambio diario que note que antecedió al inicio de DAYBUE.

Las descripciones ofrecen ejemplos de lo que hay que buscar.

 Respiración Hiperventilación, retención de la respiración o espasmos del sollozo	(p. ej., experimenta “espasmos del sollozo” con frecuencia)
 Movimientos de las manos o estereotipias Uso restringido de manos o movimientos involuntarios, repetitivos o en patrones	(p. ej., tiene movimientos restringidos de manos)
 Comportamientos repetitivos Puede incluir movimientos repetitivos de la lengua o las manos, balanceo del cuerpo hacia atrás y hacia delante	(p. ej., rechina los dientes)
 Comportamientos nocturnos Llorar, reír o gritar por la noche sin motivo alguno	(p. ej., lucha con terrores nocturnos)

Información importante de seguridad

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de DAYBUE?

- **Diarrea:** La diarrea es un efecto secundario frecuente de DAYBUE que a veces puede ser grave. La diarrea puede hacer que pierda demasiada agua de su cuerpo (deshidratación). Antes de iniciar el tratamiento con DAYBUE, deje de tomar laxantes. Informe a su proveedor de atención médica si tiene diarrea mientras toma DAYBUE. Su proveedor de atención médica puede pedirle que aumente la cantidad que bebe o que tome medicamentos antidiarreicos según sea necesario.

Consulte la Información importante de seguridad que se encuentra a continuación. Lea la [Información de prescripción completa](#), incluida la [Información para el paciente](#).

Recuerde llevar este registro a las citas con el médico de su ser querido.

 Vocalizaciones Utiliza la comunicación verbal o no verbal para expresar sus necesidades o deseos	(p. ej., vocaliza sin ningún motivo aparente)
 Expresiones faciales Expresión malhumorada con la cara o la boca o falta de expresión facial	(p. ej., saca la lengua)
 Mirada Usa más la mirada para transmitir sentimientos, necesidades o deseos	(p. ej., no puede sostener la mirada para participar e interactuar)
 Estado de ánimo Llanto, gritos o irritabilidad sin motivo aparente	(p. ej., se irrita o frustra con facilidad)

ANTES DEL TRATAMIENTO

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Notas adicionales:

Hable con el médico de su ser querido sobre cómo prepararse para los posibles efectos secundarios de DAYBUE.

MONITOREO DEL TRATAMIENTO

Use esta hoja para anotar la variedad de síntomas, comportamientos y estados de ánimo que ha observado en su ser querido después de que comenzó con DAYBUE, luego utilice las siguientes páginas para registrar cualquier cambio diario que pueda notar. Los resultados individuales pueden variar.

Las descripciones ofrecen ejemplos de lo que hay que buscar.

 Respiración Hiperventilación, retención de la respiración o espasmos del sollozo	(p. ej., menos retención de la respiración)
 Movimientos de las manos o estereotipias Uso restringido de manos o movimientos involuntarios, repetitivos o en patrones	(p. ej., sus manos se mueven con mayor fluidez y permanecen más abiertas)
 Comportamientos repetitivos Puede incluir movimientos repetitivos de la lengua o las manos, balanceo hacia atrás y hacia delante	(p. ej., rechina los dientes mucho menos)
 Comportamientos nocturnos Llorar, reír o gritar por la noche sin motivo alguno	(p. ej., menos terrores nocturnos)

Información importante de seguridad

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de DAYBUE?

- **Vómitos:** Los vómitos son un efecto secundario frecuente de DAYBUE. A veces, los vómitos pueden llegar a los pulmones (aspiración), lo que podría causar una infección (neumonía por aspiración). Informe a su proveedor de atención médica si tiene vómitos intensos o si estos se producen con frecuencia.
- **Pérdida de peso:** DAYBUE puede provocar pérdida de peso. Informe a su proveedor de atención médica si nota que está perdiendo peso en cualquier momento durante el tratamiento con DAYBUE.

Consulte la Información importante de seguridad que se encuentra a continuación. Lea la [Información de prescripción completa](#), incluida la [Información para el paciente](#).

Recuerde llevar este registro a las citas con el médico de su ser querido.

 Vocalizaciones Utiliza la comunicación verbal o no verbal para expresar sus necesidades o deseos	(p. ej., mayor uso de sonidos como respuesta)
 Expresiones faciales Expresión malhumorada con la cara o la boca o falta de expresión facial	(p. ej., no saca tanto la lengua)
 Mirada Usa más la mirada para transmitir sentimientos, necesidades o deseos	(p. ej., puede sostener la mirada para participar e interactuar)
 Estado de ánimo Llanto, gritos o irritabilidad sin motivo aparente	(p. ej., el estado de ánimo es mejor en el hogar, en la escuela y en grupos)

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:	Cambios en la dieta y efectos secundarios: <i>(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)</i>

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Observaciones

Observaciones de otros médicos, terapeutas, maestros, amigos o familiares:

Cambios en la dieta y efectos secundarios:

(p. ej., ¿cuándo comenzaron los síntomas? ¿qué tan intensos fueron? ¿su ser querido come más o come menos?)

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Notas diarias

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

Fecha:

☐ Dosis de la mañana

☐ Dosis de la noche

2025

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ABRIL						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAYO						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JULIO						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AGOSTO						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTUBRE						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2026

ENERO						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MARZO						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ABRIL						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

MAYO						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

JUNIO						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

JULIO						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

AGOSTO						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

OCTUBRE						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

DICIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Indicación e información importante de seguridad

¿Qué es DAYBUE?

DAYBUE es un medicamento de venta con receta que se utiliza para tratar el síndrome de Rett en adultos y niños de 2 años o más. No se sabe si DAYBUE es seguro y eficaz en personas menores de 2 años.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de DAYBUE?

- **Diarrea:** La diarrea es un efecto secundario frecuente de DAYBUE que a veces puede ser grave. La diarrea puede hacer que pierda demasiada agua de su cuerpo (deshidratación). Antes de iniciar el tratamiento con DAYBUE, deje de tomar laxantes. Informe a su proveedor de atención médica si tiene diarrea mientras toma DAYBUE. Su proveedor de atención médica puede pedirle que aumente la cantidad que bebe o que tome medicamentos antidiarreicos según sea necesario.
- **Vómitos:** Los vómitos son un efecto secundario frecuente de DAYBUE. A veces, los vómitos pueden llegar a los pulmones (aspiración), lo que podría causar una infección (neumonía por aspiración). Informe a su proveedor de atención médica si tiene vómitos intensos o si estos se producen con frecuencia.
- **Pérdida de peso:** DAYBUE puede provocar pérdida de peso. Informe a su proveedor de atención médica si nota que está perdiendo peso en cualquier momento durante el tratamiento con DAYBUE.
- **Los efectos secundarios más frecuentes de DAYBUE fueron diarrea y vómitos.** Otros efectos secundarios incluyen fiebre, convulsiones, ansiedad, disminución del apetito, cansancio y resfriado común. Estos no son todos los posibles efectos secundarios de DAYBUE. Informe a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le preocupe o no desaparece.

¿Qué debo decirle a mi proveedor de atención médica antes de tomar DAYBUE?

Antes de tomar DAYBUE, informe a su proveedor de atención médica sobre todas sus afecciones médicas, incluido si:

- Tiene problemas renales.
- Está embarazada o planifica quedarse embarazada. Se desconoce si DAYBUE dañará al feto.
- Está amamantando o planea hacerlo. No se sabe si DAYBUE pasa a la leche materna. Hable con su proveedor de atención médica sobre la mejor forma de alimentar a su bebé mientras toma DAYBUE.

Informe a su proveedor de atención médica de todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos con y sin receta, vitaminas y suplementos a base de hierbas. Tomar DAYBUE con ciertos medicamentos puede afectar cómo actúan los otros medicamentos y puede causar efectos secundarios graves.

Se recomienda que notifique los efectos secundarios negativos de fármacos de venta con receta a la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088. También puede llamar a Acadia Pharmaceuticals Inc. al 1-844-4ACADIA (1-844-422-2342).

DAYBUE está disponible en forma de solución oral (200 mg/ml).

La información sobre riesgos que se proporciona aquí no es completa. Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica y lea la Información de prescripción completa, incluida la Información para el paciente, también disponible en DAYBUE.com/es/.

Información para el paciente

¿Qué es DAYBUE?

- DAYBUE es un medicamento de venta con receta que se utiliza para tratar el síndrome de Rett en adultos y niños de 2 años o más.
- No se sabe si DAYBUE es seguro y eficaz en personas menores de 2 años.

Antes de tomar DAYBUE, informe a su proveedor de atención médica sobre todas sus afecciones médicas, incluido si:

- Tiene problemas renales.
- Está embarazada o planifica quedarse embarazada. Se desconoce si DAYBUE dañará al feto.
- Está amamantando o planea hacerlo. No se sabe si DAYBUE pasa a la leche materna. Hable con su proveedor de atención médica sobre la mejor forma de alimentar a su bebé mientras toma DAYBUE.

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

Tomar DAYBUE con ciertos medicamentos puede afectar la forma en que funcionan otros medicamentos y puede causar efectos secundarios graves.

Conozca los medicamentos que toma. Lleve una lista de ellos para mostrárselo a su proveedor de atención médica y farmacéutico cuando reciba un medicamento nuevo.

¿Cómo debo tomar DAYBUE?

- Tome DAYBUE exactamente como le indique su proveedor de atención médica.
- Si toma laxantes, deje de tomarlos antes de iniciar el tratamiento con DAYBUE.
- Su proveedor de atención médica puede cambiarle la dosis o interrumpir el tratamiento con DAYBUE si es necesario.
- Su farmacéutico debe proporcionarle una jeringa para uso oral o un vaso dosificador necesario para medir la dosis prescrita. **No** utilice un vaso de medición doméstico.
- DAYBUE puede tomarse por vía oral o administrarse a través de una sonda de gastrostomía (G). Si se administra DAYBUE a través de una sonda gastroyeyunal (GJ), debe utilizarse el puerto G.
- DAYBUE se puede tomar con o sin alimentos.
- Deseche todo el DAYBUE que no se haya utilizado después de 14 días de abrir el frasco por primera vez.
- Si vomita después de tomar una dosis de DAYBUE, **no tome** otra dosis para compensar esa dosis. Espere y tome la siguiente dosis a su hora habitual. Llame a su proveedor de atención médica si los vómitos no se detienen.
- Si omite una dosis de DAYBUE, sátese esa dosis y tome la siguiente a la hora habitual. **No** tome 2 dosis para compensar la dosis omitida.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de DAYBUE?

DAYBUE puede causar efectos secundarios, incluidos:

- **Diarrea.** La diarrea es un efecto secundario frecuente de DAYBUE que a veces puede ser grave. La diarrea puede hacer que pierda demasiada agua de su cuerpo (deshidratación). Informe a su proveedor de atención médica si tiene diarrea mientras toma DAYBUE. Su proveedor de atención médica puede pedirle que aumente la cantidad que bebe o que tome medicamentos antidiarreicos según sea necesario.
- **Pérdida de peso.** DAYBUE puede provocar pérdida de peso. Informe a su proveedor de atención médica si nota que está perdiendo peso en cualquier momento durante el tratamiento con DAYBUE.
- **Vómitos.** Los vómitos son un efecto secundario frecuente de DAYBUE. A veces, los vómitos pueden llegar a los pulmones (aspiración), lo que podría causar una infección (neumonía por aspiración). Informe a su proveedor de atención médica si tiene vómitos intensos o si estos se producen con frecuencia.

Los efectos secundarios más frecuentes de DAYBUE incluyen diarrea y vómitos.

Estos no son todos los posibles efectos secundarios de DAYBUE. Informe a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le preocupe o no desaparece. Para obtener más información, consulte a su proveedor de atención médica o farmacéutico. Llame a su médico para obtener asesoramiento médico sobre los efectos secundarios. Puede notificar efectos secundarios a la FDA al 1-800-FDA-1088.

¿Cómo debo conservar DAYBUE?

- Conserve DAYBUE en el refrigerador entre 36 °F y 46 °F (2 °C y 8 °C). **No** congelar.
- Mantenga DAYBUE en posición vertical.
- Mantenga bien cerrada la tapa a prueba de niños.

Mantener DAYBUE y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.

Información general sobre el uso seguro y eficaz de DAYBUE.

En ocasiones, los medicamentos se prescriben para fines distintos de los que se enumeran en la hoja de información del paciente. No use DAYBUE para una afección para la que no se haya prescrito. No administre DAYBUE a otras personas, incluso si tienen los mismos síntomas que usted. Puede causarles daños. Puede pedir a su farmacéutico o proveedor de atención médica información sobre el DAYBUE escrita para profesionales sanitarios.

¿Cuáles son los ingredientes en DAYBUE?

Ingrediente activo: trofinetida

Ingredientes inactivos: FD&C Rojo N.º 40, maltitol, metilparabeno sódico, propilparabeno sódico, agua purificada, saborizante de fresa y sucralosa.





©2025 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia, Acadia Connect y DAYBUE son marcas registradas de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. DAY-0211-v3 07/25