

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79535

CN: 705265

**ACIDO MICOFENOLICO ACCORD HEALTHCARE 180MG  
100 COMPR GASTRORR EFG**

**INDICACIONES:** En combinacion con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

Nº REG: 79536

CN: 705266

**ACIDO MICOFENOLICO ACCORD HEALTHCARE 360MG 50  
COMPR GASTRORR EFG**

**INDICACIONES:** En combinacion con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

Nº REG: 74727

CN: 684171

**ACITRETINA IFC 10MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Formas graves y generalizadas de psoriasis refractarias;  
□ Psoriasis pustulosa de las manos y pies;  
□ Ictiosis congenita grave y dermatitis ictiosiforme;  
□ Liquen rojo plano en piel y membranas mucosas;  
□ Otras formas graves y refractarias de dermatitis caracterizadas por disqueratosis y/o hiperqueratosis.  
Acitretina IFC solo puede prescribirse por medicos, preferentemente dermatologos, que cuenten con experiencia en el tratamiento con retinoides sistemicos y sepan valorar correctamente el riesgo teratogenico asociado a acitretina.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74726

CN: 684169

**ACITRETINA IFC 25MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Formas graves y generalizadas de psoriasis refractarias;  
[Psoriasis pustulosa de las manos y pies;  
[Ictiosis congenita grave y dermatitis ictiosiforme;  
[Liquen rojo plano en piel y membranas mucosas;  
[Otras formas graves y refractarias de dermatitis caracterizadas por disqueratosis y/o hiperqueratosis.

Acitretina IFC solo puede prescribirse por medicos, preferentemente dermatologos, que cuenten con experiencia en el tratamiento con retinoides sistemicos y sepan valorar correctamente el riesgo teratogenico asociado a acitretina.

---

Nº REG: 65413

CN: 653728

**ACNEMIN 10MG 50 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 65414

CN: 653732

**ACNEMIN 20MG 50 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71673

CN: 667221

**ADOPORT 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 71674

CN: 667233

**ADOPORT 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 71674

CN: 667231

**ADOPORT 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 79456

CN: 704971

**ADOPORT 2MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos. Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71675

CN: 667242

**ADOPORT 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 07387014

CN: 658953

**ADVAGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERA  
PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 07387019

CN: 658956

**ADVAGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS LIBERACION  
PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 07387017

CN: 658954

**ADVAGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION  
PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 07387021

CN: 662915

**ADVAGRAF 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION  
PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos. Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 07387024

CN: 658957

**ADVAGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION  
PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84057

CN: 725444

**ALITRETINOINA IFC 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Alitretinoina IFC esta indicada en adultos con eccema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes.  
Los pacientes cuyo eccema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidad de responder al tratamiento que aquellos en los que el eccema se presenta como eccema dishidrotico.

Nº REG: 84058

CN: 725444

**ALITRETINOINA IFC 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Alitretinoina IFC esta indicada en adultos con eccema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes.  
Los pacientes cuyo eccema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidad de responder al tratamiento que aquellos en los que el eccema se presenta como eccema dishidrotico.

Nº REG: 57012

CN: 791301

**AMIKACINA NORMON 500MG/VIAL 1 VIAL 2ML SOL INY EFG**

**INDICACIONES:** En el tratamiento de corta duracion de infecciones graves, causadas por cepas sensibles :

- septicemia (incluyendo sepsis neonatal)
- infecciones graves del tracto respiratorio
- infecciones del sistema nervioso central (incluyendo meningitis)
- infecciones intra-abdominales, incluyedo peritonitis
- infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos, articulaciones
- infecciones en quemados
- infecciones post-quirurgicas (incluyendo cirugia post-vascular)
- infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82766

CN: 720347

**ANAGRELIDA ARISTO 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo:  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
- >60 años de edad o  
- Recuento de plaquetas >1000 x 10 elevado a 9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

Nº REG: 82765

CN: 720346

**ANAGRELIDA ARISTO 1MG 42 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo:  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
- >60 años de edad o  
- Recuento de plaquetas >1000 x 10 elevado a 9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

Nº REG: 84711

CN: 727539

**ANAGRELIDA AUROBINDO 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS (BLISTER) EFG**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo:  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
- >60 años de edad o  
- Recuento de plaquetas >1000 x 10 elevado a 9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83258

CN: 722263

**ANAGRELIDA AUROVITAS 0.5MG 100 CAPSULAS DURAS**  
**EFG**

**INDICACIONES:** Reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
>60 años de edad o  
recuento de plaquetas  $>1000 \times 10^9$  / l o  
antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

Nº REG: 83207

CN: 722074

**ANAGRELIDA BLUEFISH 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS**  
**EFG**

**INDICACIONES:** Reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
>60 años de edad o  
recuento de plaquetas  $>1000 \times 10^9$  / l o  
antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82798

CN: 720449

**ANAGRELIDA GLENMARK 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.

Paciente de riesgo

Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:

>60 años de edad o

recuento de plaquetas  $>1000 \times 10^9$  (elevado a  $9 \times 10^9$ ) / l o

antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.

---

Nº REG: 82522

CN: 719472

**ANAGRELIDA RATIOPHARM 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.

Paciente de riesgo:

Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:

- >60 años de edad o

- Recuento de plaquetas  $>1000 \times 10^9$  elevado a  $9 \times 10^9$  / l o

- Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82631

CN: 719821

**ANAGRELIDA STADA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo:  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
- >60 años de edad o  
- Recuento de plaquetas >1000 x 10 elevado a 9/l o  
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos

Nº REG: 82672

CN: 719981

**ANAGRELIDA TEVA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Esta indicada para la reduccion del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) que no toleran el tratamiento que estan siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.  
Paciente de riesgo:  
Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o mas de las siguientes características:  
- >60 años de edad o  
- Recuento de plaquetas >1000 x 10 elevado a 9/l o  
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos

Nº REG: 63893

CN: 703421

**APO-GO PEN 10MG/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS 3ML SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de fluctuaciones motoras incapacitantes que persisten en los pacientes con enfermedad de Parkinson, a pesar del tratamiento con levodopa ajustado individualmente (con o sin inhibidor periferico de la descarboxilasa) y/u otros agonistas dopaminergicos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74401

CN: 681975

**APO-GO PFS 5MG/ML SOLUC PERFUSION EN 5 JERINGA PRECARGADA DE 10ML**

**INDICACIONES:** Tratamiento de las fluctuaciones motoras (fenomenos on-off) en pacientes con la enfermedad de Parkinson que no esten suficientemente controlados mediante la medicacion antiparkinsoniana oral.

Nº REG: 99118003

CN: 848093

**ARAVA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco modificador de la enfermedad (DMARD)  
NUEVA INDICACION: - artritis psoriasica activa.

Nº REG: 99118007IP3

CN: 725664

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
-artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
-artritis psoriasica activa.  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007

CN: 727479

**ARAVA 20MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco modificador de la enfermedad (DMARD)  
- artritis psoriasica activa.

Nº REG: 99118007IP2

CN: 711687

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
 artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad   
(FARME),  
 artritis psoriasica activa.

Nº REG: 99118007IP

CN: 706451

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
 artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
 artritis psoriasica activa.  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

Nº REG: 99118007

CN: 848135

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco modificador de la enfermedad (DMARD)  
NUEVA INDICACION: - artritis psoriasica activa.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP4

CN: 727743

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco modificador de la enfermedad (DMARD)  
- artritis psoriasica activa.

Nº REG: 99118007IP1

CN: 709726

**ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
artritis psoriasica activa.  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

Nº REG: 75519-20-11-2007

CN: 728192

**ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

Nº REG: 61870

CN: 664060

**ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75519-20-11-2007

CN: 720953

**ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

Nº REG: 61869

CN: 664078

**ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

Nº REG: 76110-4-12-2006

CN: 720954

**ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76110-04-12-2006

CN: 728191

**ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68214

CN: 656446

**ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

**INDICACIONES:** ARICEPT FLAS comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 68213

CN: 656444

**ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

**INDICACIONES:** ARICEPT FLAS comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 02218009

CN: 822528

**AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA  
PELICULAR**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 02218020IP1

CN: 727089

**AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02218020IP

CN: 716310

**AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02218020

CN: 661011

**AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02218006

CN: 925933

**AXURA 5MG/PULSACION SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 113909002

CN: 702710

**BEMFOLA 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulación del desarrollo folicular múltiple en pacientes sometidas a superovulación para realizar técnicas de reproducción asistida (TRA), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos y transferencia intratubárica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Coriónica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909009

CN: 703477

**BEMFOLA 150UI/0.25ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas

- ▣ Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- ▣ Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.
- ▣ La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

En varones adultos

- ▣ La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

---

Nº REG: 113909008

CN: 706521

**BEMFOLA 150UI/0.25ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas

- ▣ Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- ▣ Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.
- ▣ La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

En varones adultos

- ▣ La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909003

CN: 702714

**BEMFOLA 225UI/0,375ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

Nº REG: 113909011

CN: 703478

**BEMFOLA 225UI/0,375ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909010

CN: 706522

**BEMFOLA 225UI/0,375ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

---

Nº REG: 113909013

CN: 703479

**BEMFOLA 300UI/0,50ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909004

CN: 702716

**BEMFOLA 300UI/0,50ML 1 PLUMA PRECARGADA**  
**SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulación del desarrollo folicular múltiple en pacientes sometidas a superovulación para realizar técnicas de reproducción asistida (TRA), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos y transferencia intratubárica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Coriónica humana (hCG).

---

Nº REG: 113909012

CN: 706523

**BEMFOLA 300UI/0,50ML 5 PLUMAS PRECARGADAS**  
**SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulación del desarrollo folicular múltiple en pacientes sometidas a superovulación para realizar técnicas de reproducción asistida (TRA), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos y transferencia intratubárica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Coriónica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909005

CN: 702735

**BEMFOLA 450UI/0.75ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

Nº REG: 113909007

CN: 703476

**BEMFOLA 75UI/0.125ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulacion del desarrollo folicular multiple en pacientes sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa esta indicada para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909001

CN: 702736

**BEMFOLA 75UI/0,125ML 1 PLUMA PRECARGADA  
SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas  
Anovulacion (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Estimulación del desarrollo folicular múltiple en pacientes sometidas a superovulación para realizar técnicas de reproducción asistida (TRA), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos y transferencia intratubárica de cigotos.  
La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos  
La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con Gonadotropina Coriónica humana (hCG).

---

Nº REG: 84793

CN: 727759

**BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 2/0,5MG 7  
COMPRIM SUBLING EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitución de la dependencia de opioides, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico. La intención del componente de naloxona es disuadir del uso inadecuado por vía intravenosa. El tratamiento está indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por su adicción.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84792

CN: 727756

**BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 8/2MG 7  
COMPRIMIDOS SUBLING EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitucion de la dependencia de opioides, en el marco de un tratamiento medico, social y psicologico. La intencion del componente de naloxona es disuadir del uso inadecuado por via intravenosa. El tratamiento esta indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por su adiccion.

Nº REG: 84792

CN: 728394

**BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 8/2MG 28  
COMPRIM SUBLING EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitucion de la dependencia de opioides, en el marco de un tratamiento medico, social y psicologico. La intencion del componente de naloxona es disuadir del uso inadecuado por via intravenosa. El tratamiento esta indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por su adiccion.

---

Nº REG: 60911

CN: 682245

**CAVERJECT 10MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la disfuncion erectil.

---

Nº REG: 60535

CN: 688978

**CAVERJECT 20MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la disfuncion erectil.

---

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75148

CN: 686556

**CEFEPIMA COMBINO PHARM 1G 1 VIAL POLVO SOLUC INYECT Y PERFUSION EFG**

**INDICACIONES:** Adultos y adolescentes  
Infecciones causadas por patogenos sensibles a cefepima:

- neumonia
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empirico de pacientes con neutropenia febril: En pacientes con neutropenia febril esta indicada la monoterapia con cefepima. En pacientes con alto riesgo de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de medula osea reciente, con hipotension como motivo principal de consulta, con una neoplasia hematologica subyacente o con neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibioticos puede ser inadecuada. No se dispone de datos suficientes para confirmar la eficacia de la monoterapia con cefepima en estos pacientes.
- infecciones intra-abdominales graves/complicadas, incluidas peritonitis e infeccion de la vesicula biliar
- profilaxis en la cirugia intra-abdominal

Niños (de 2 meses a 12 años)  
Para el tratamiento de las infecciones causadas por patogenos sensibles a cefepima:

- neumonia grave
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empirico de los pacientes con neutropenia febril: La monoterapia con cefepima esta indicada para los pacientes con neutropenia febril. En pacientes con riesgo alto de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de medula osea reciente, con hipotension como motivo principal de la consulta, con neoplasia hematologica subyacente, o neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibioticos puede ser inadecuada. No se dispone de datos suficientes para confirmar la eficacia de la monoterapia con cefepima en estos pacientes.
- Meningitis bacteriana

Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los antibioticos.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83499

CN: 723774

**CEFEPIMA LDP-TORLAN 1G 1 VIAL POLVO SOLUC INYECTAB Y PERFUS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de infecciones causadas por bacterias sensibles a la cefepima:

- Infecciones del tracto respiratorio inferior, incluidas neumonia nosocomial y neumonia adquirida en la comunidad, exacerbacion bacteriana aguda de bronquitis cronica e infeccion bacteriana secundaria de bronquitis aguda.
- infecciones del tracto urinario no complicadas y complicadas, incluyendo pielonefritis;
- infecciones cutaneas y subcutaneas;
- infecciones intraabdominales, incluidas peritonitis e infecciones del tracto biliar;
- infecciones ginecologicas;
- meningitis bacteriana en bebes y niños;
- En combinacion con otros agentes antibacterianos en el tratamiento de pacientes neutropenicos con fiebre que se sospecha que se deba a una infeccion bacteriana;
- El tratamiento de pacientes con bacteriemia que ocurre en asociacion con, o se sospecha que esta asociada con, cualquiera de las infecciones mencionadas anteriormente.

Se deben considerar las recomendaciones oficiales sobre el uso apropiado de agentes antibacterianos.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78773

CN: 702385

**CEFEPIMA NORMON 1G 1 VIAL + AMP POLVO Y DISOLV SOL INYEC Y PERF EFG**

**INDICACIONES:** Adultos y adolescentes  
Infecciones causadas por patogenos sensibles a cefepima:

- neumonia
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empirico de pacientes con neutropenia febril: En pacientes con neutropenia febril esta indicada la monoterapia con cefepima. En pacientes con alto riesgo de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de medula osea reciente, con hipotension como motivo principal de consulta, con una neoplasia hematologica subyacente o con neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibioticos puede ser inadecuada. No se dispone de datos suficientes para confirmar la eficacia de la monoterapia con cefepima en estos pacientes.
- infecciones intraabdominales graves/complicadas, incluidas peritonitis e infeccion de la vesicula biliar
- profilaxis en la cirugia intraabdominal

Niños (de 2 meses a 12 años)  
Para el tratamiento de las infecciones causadas por patogenos sensibles a cefepima:

- neumonia grave
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empirico de los pacientes con neutropenia febril: La monoterapia con cefepima esta indicada para los pacientes con neutropenia febril. En pacientes con riesgo alto de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de medula osea reciente, con hipotension como motivo principal de la consulta, con neoplasia hematologica subyacente, o neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibioticos puede ser inadecuada. No se dispone de datos suficientes para confirmar la eficacia de la monoterapia con cefepima en estos pacientes.
- Meningitis bacteriana

Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los antibioticos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 57720

CN: 714915

**CEFOTAXIMA NORMON IV 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por germen sensibles:

- infecciones otorrinolaringologicas
- infecciones de via respiratoria inferior, incluyendo exacerbacion de bronquitis cronica, neumonia bacteriana, bronquiectasias infectadas, y absesos pulmonares.
- infecciones del tracto genito-urinario, incluyendo enfermedad gonococica no complicada, celulitis pelvica, endometritis, prostatitis y anexitis.
- septicemia
- endocarditis infecciosa
- infecciones del Sistema Nervioso Central (meningitis, fundamentalmente aquellas causadas por germen Gram-negativos)
- infecciones de piel y tejidos blandos, incluyendo quemaduras y heridas infectadas
- infecciones osteoarticulares, tales como osteomielitis y artritis septica
- infecciones de la cavidad abdominal(peritonitis, infecciones del tracto biliar).

---

Nº REG: 57721

CN: 714923

**CEFOTAXIMA NORMON IM 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por germen sensibles:

- infecciones otorrinolaringologicas
- infecciones de via respiratoria inferior, incluyendo exacerbacion de bronquitis cronica, neumonia bacteriana, bronquiectasias infectadas, y absesos pulmonares.
- infecciones del tracto genito-urinario, incluyendo enfermedad gonococica no complicada, celulitis pelvica, endometritis, prostatitis y anexitis.
- septicemia
- endocarditis infecciosa
- infecciones del Sistema Nervioso Central (meningitis, fundamentalmente aquellas causadas por germen Gram-negativos)
- infecciones de piel y tejidos blandos, incluyendo quemaduras y heridas infectadas
- infecciones osteoarticulares, tales como osteomielitis y artritis septica
- infecciones de la cavidad abdominal(peritonitis, infecciones del tracto biliar).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63814

CN: 880062

**CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10ML EFG**

**INDICACIONES:** En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por germen sensibles:

- infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonia y abscesos pulmonares.
- infecciones del tracto genito-urinario, incluyendo cistitis agudas no complicadas, uretritis o cervicitis gonococica no complicada. Sin embargo, la cefoxitina no puede considerarse el tratamiento de eleccion en estas infecciones.
- infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis y abscesos intra-abdominales
- infecciones ginecologicas, incluyendo endometritis, celulitis pelvica y enfermedad inflamatoria pelvica.

Cefoxitina no es activa frente a *Chlamydia trachomatis* . Por lo tanto, cuando Cefoxitina sea utilizada en el tratamiento de pacientes con enfermedad pelvica inflamatoria y *Chlamydia trachomatis* sea uno de los posibles patogenos, deba administrarse ademas un tratamiento apropiado frente a *Chlamydia*.

- Septicemia causada por germen Gram-negativos.
- Infecciones oseas y articulares
- Infecciones de la piel y tejidos blandos.

En profilaxis quirurgica, la administracion perioperatoria de cefoxitina puede reducir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugia limpia (histerectomia vaginal y/o abdominal, cesarea) o en cirugia contaminada (colorrectal, apendicectomia). Sin embargo, cefoxitina no es el antibiotico de eleccion en la cirugia contaminada.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67007

CN: 652070

**CEFTAZIDIMA NORMON 1G 1V+AMP POLV+DIS SOL INY  
EFG**

**INDICACIONES:** CEFTAZIDIMA NORMON esta indicada en el tratamiento de infecciones bacterianas graves, simples o mixtas, producidas por organismos sensibles.  
CEFTAZIDIMA NORMON puede ser utilizada en solitario como farmaco de primera eleccion antes de conocerse los resultados del antibiograma. En el momento de obtenerse estos resultados, debe ajustarse adecuadamente el tratamiento antibiotico.  
Puede utilizarse en combinacion con antibioticos aminoglicosidos o con la mayoria de los otros antibioticos betalactamicos.  
Cuando se sospeche la presencia de Bacteroides fragilis, CEFTAZIDIMA NORMON puede ser utilizada junto con un antibiotico apropiado frente a anaerobios.  
Las indicaciones incluyen:  
-Infecciones graves; por ejemplo, septicemia, infecciones en pacientes inmunodeprimidos.  
-Infecciones de las vias respiratorias inferiores.  
-Infecciones de las vias urinarias.  
-Infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar.  
-Infecciones ginecologicas.  
-Infecciones de la piel y tejidos blandos.  
-Infecciones oseas y de las articulaciones.  
Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes a resistencias bacterianas y al uso y prescripcion adecuadas de antibioticos.

---

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83901

CN: 725041

**CEFTAZIDIMA QILU 1G 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECT Y PERFUS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de las infecciones que se enumeran a continuacion en adultos y niños, lo que incluye a neonatos (desde el nacimiento).

Neumonia nosocomial

Infecciones broncopulmonares en la fibrosis quística

Meningitis bacteriana

Otitis media supurativa crónica

Otitis externa maligna

Infecciones complicadas del tracto urinario.

Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos.

Infecciones intrabdominales complicadas

Infecciones óseas y articulares

Peritonitis asociada a la diálisis en pacientes con DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria continua)

Tratamiento de pacientes que padezcan una bacteriemia que se produzca simultáneamente o de la que se tenga la sospecha de que esta relacionada con alguna de las infecciones enumeradas anteriormente.

Ceftazidima puede usarse en el tratamiento de pacientes neutropénicos que padezcan una fiebre de la que se tenga la sospecha de que se debe a una infección bacteriana.

Ceftazidima puede usarse en la profilaxis perioperatoria de infecciones urinarias en pacientes sometidos a una resección transuretral de la próstata (RTUP).

La selección de ceftazidima debe tener en cuenta su espectro antibacteriano, que está principalmente restringido a bacterias aerobias Gram negativas.

La ceftazidima se debe administrar conjuntamente con otros agentes antibacterianos, siempre que el posible espectro de acción de la bacteria causante no se encuentre dentro de su rango de actividad.

Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales para el uso adecuado de agentes antibacterianos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83904

CN: 725045

**CEFTAZIDIMA QILU 500MG 1 VIAL POLVO PARA  
SOLUCION INYECT Y PERF EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de las infecciones que se enumeran a continuacion en adultos y niños, lo que incluye a neonatos (desde el nacimiento).

- Neumonia nosocomial
- Infecciones broncopulmonares en la fibrosis quística
- Meningitis bacteriana
- Otitis media supurativa crónica
- Otitis externa maligna
- Infecciones complicadas del tracto urinario.
- Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos.
- Infecciones intrabdominales complicadas
- Infecciones óseas y articulares
- Peritonitis asociada a la diálisis en pacientes con DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria continua)

Tratamiento de pacientes que padezcan una bacteriemia que se produzca simultáneamente o de la que se tenga la sospecha de que esta relacionada con alguna de las infecciones enumeradas anteriormente.

Ceftazidima puede usarse en el tratamiento de pacientes neutropénicos que padezcan una fiebre de la que se tenga la sospecha de que se debe a una infección bacteriana.

Ceftazidima puede usarse en la profilaxis perioperatoria de infecciones urinarias en pacientes sometidos a una resección transuretral de la próstata (RTUP).

La selección de ceftazidima debe tener en cuenta su espectro antibacteriano, que está principalmente restringido a bacterias aerobias Gram negativas.

La ceftazidima se debe administrar conjuntamente con otros agentes antibacterianos, siempre que el posible espectro de acción de la bacteria causante no se encuentre dentro de su rango de actividad.

Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales para el uso adecuado de agentes antibacterianos.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64540

CN: 728102

**CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G 10 VIALES + 10 AMP  
POLVO Y DISOLV SOL INYECT INTRAMUSCULAR EFG**

**INDICACIONES:** Ceftriaxona esta indicada para el tratamiento de infecciones graves causadas por microorganismos sensibles a ceftriaxona :

- Septicemia
- Meningitis bacteriana
- Infecciones abdominales tales como peritonitis e infecciones del tracto biliar
- Infecciones osteoarticulares
- Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos (incluyendo infecciones de heridas)
- Infecciones complicadas de riñones y del tracto urinario (incluyendo pielonefritis).
- Infecciones del tracto respiratorio
- Infecciones del tracto genital (incluyendo las gonococicas)
- Estadios II y III de la enfermedad de Lyme.
- Profilaxis de infecciones postoperatorias, en cirugia contaminada o potencialmente contaminada, fundamentalmente cirugia cardiovascular, procedimientos uologicos y cirugia colorrectal.

Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes al uso y prescripcion adecuada de antimicrobianos.

Nº REG: 64538

CN: 728103

**CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G 10 VIALES POLVO  
SOLUC INYECT I.V. EFG**

**INDICACIONES:** Ceftriaxona esta indicada para el tratamiento de infecciones graves causadas por microorganismos sensibles a ceftriaxona :

- Septicemia
- Meningitis bacteriana
- Infecciones abdominales tales como peritonitis e infecciones del tracto biliar
- Infecciones osteoarticulares
- Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos (incluyendo infecciones de heridas)
- Infecciones complicadas de riñones y del tracto urinario (incluyendo pielonefritis).
- Infecciones del tracto respiratorio
- Infecciones del tracto genital (incluyendo las gonococicas)
- Estadios II y III de la enfermedad de Lyme.
- Profilaxis de infecciones postoperatorias, en cirugia contaminada o potencialmente contaminada, fundamentalmente cirugia cardiovascular, procedimientos uologicos y cirugia colorrectal.

Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes al uso y prescripcion adecuada de antimicrobianos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62641

CN: 674945

**CEFTRIAXONA NORMON 1G IM 1 INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En infecciones causadas por los germenens sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales(peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonia, y de garganta, nariz y oidos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurologicos, cardiacos y artriticos de borreliosis de Lyme.

Nº REG: 62635

CN: 666610

**CEFTRIAXONA NORMON 1G IV 1 INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En infecciones causadas por los germenens sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales(peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonia, y de garganta, nariz y oidos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurologicos, cardiacos y artriticos de borreliosis de Lyme.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62639

CN: 674960

**CEFTRIAXONA NORMON 250MG IM 1 INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En infecciones causadas por los germenés sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales(peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonia, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardíacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

---

Nº REG: 62640

CN: 674952

**CEFTRIAXONA NORMON 500MG IM 1 INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En infecciones causadas por los germenés sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales(peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonia, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardíacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62636

CN: 674994

**CEFTRIAXONA NORMON 500MG IV 1 INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En infecciones causadas por los germen sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales(peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonia, y de garganta, nariz y oidos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurologicos, cardiacos y artriticos de borreliosis de Lyme.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83903

CN: 725043

**CEFTRIAXONA QILU 1G 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECT Y PERF EFG**

**INDICACIONES:** La ceftriaxona esta indicada en el tratamiento de las siguientes infecciones en adultos y niños, incluidos neonatos a termino (desde el nacimiento):  
Meningitis bacteriana  
Neumonía adquirida en la comunidad  
Neumonía nosocomial  
Otitis media aguda  
Infección intraabdominal  
Infección complicada del tracto urinario (incluyendo la pielonefritis)  
Infección ósea y articular  
Infección complicada de la piel y tejidos blandos  
Gonorrea  
Sífilis  
Endocarditis bacteriana  
La ceftriaxona se puede utilizar:  
Para el tratamiento de agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en adultos.  
Para el tratamiento de la borreliosis de Lyme diseminada (precoz [estadio II] y tardía [estadio III]) en adultos y niños, incluidos neonatos a partir de 15 días de edad.  
Para la profilaxis preoperatoria de infecciones del campo quirúrgico.  
En el tratamiento de pacientes neutropénicos con fiebre en los que se sospeche que su origen sea una infección bacteriana.  
En el tratamiento de pacientes con bacteriemia que se presente en asociación con, o se sospeche que este asociada con cualquiera de las infecciones señaladas anteriormente.  
La ceftriaxona se debe coadministrar con otros antibacterianos siempre que el posible espectro de bacterias causales no se halle dentro del espectro antibacteriano de la ceftriaxona.  
Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos.

---

Nº REG: 96005006

CN: 771022

**CELLCEPT 1G/5ML 1 FRASCO 110G POLVO PARA SUSP ORAL**

**INDICACIONES:** En combinación con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96005001

CN: 679381

**CELLCEPT 250MG 100 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** En combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 96005002IP

CN: 725107

**CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** En combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 96005002

CN: 679373

**CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** En combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 81580

CN: 714114

**CEPTAVA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG**

**INDICACIONES:** Acido micofenolico esta indicado en combinacion con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81581

CN: 714122

**CEPTAVA 360MG 50 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES EFG**

**INDICACIONES:** Acido micofenolico esta indicado en combinacion con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

Nº REG: 66009

CN: 700531

**CERTICAN 0.1MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66001

CN: 700525

**CERTICAN 0.25MG 60 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66002

CN: 700527

**CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66006

CN: 700528

**CERTICAN 0,5MG 60 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66007

CN: 700529

**CERTICAN 0,75MG 60 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66008

CN: 700530

**CERTICAN 1MG 60 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** -Trasplante renal y cardiaco:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunologico que reciben un trasplante renal o cardiaco alogenico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinacion con ciclosporina para microemulsion y corticosteroides.  
-Trasplante hepatico:  
Certican esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante hepatico. En esta indicacion, Certican debe utilizarse en combinacion con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 99100001

CN: 855379

**CETROTIDE 0.25MG/VI 1 VIAL POLVO + 1 JERINGA PRECARGADA SOLUC INYECT**

**INDICACIONES:** Prevencion de la ovulacion prematura en pacientes sometidas a una estimulacion ovarica controlada, seguida por extraccion de oocitos y tecnicas de reproduccion asistida.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99100002

CN: 666842

**CETROTIDE 0,25MG/VI 7 VIALES POLVO + 7 JERINGAS  
PRECARG SOLUC INYECTAB**

**INDICACIONES:** Prevencion de la ovulacion prematura en pacientes sometidas a una estimulacion ovarica controlada, seguida por extraccion de oocitos y tecnicas de reproduccion asistida.

---

Nº REG: 78832

CN: 702677

**CILOSTAZOL ARISTO 100MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS  
EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78833

CN: 702679

**CILOSTAZOL ARISTO 50MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS  
EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78222

CN: 700420

**CILOSTAZOL CINFA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

Nº REG: 78148

CN: 700192

**CILOSTAZOL KERN PHARMA 100MG 56 COMPRIMIDOS  
EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78988

CN: 703398

**CILOSTAZOL MYLAN 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78146

CN: 700190

**CILOSTAZOL NORMON 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78177

CN: 700317

**CILOSTAZOL PENSA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78224

CN: 700426

**CILOSTAZOL SANDOZ 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78181

CN: 700331

**CILOSTAZOL STADA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78175

CN: 700315

**CILOSTAZOL TARBIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78176

CN: 700316

**CILOSTAZOL VIR 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78331

CN: 701002

**CIQORIN 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## **INDICACIONES:**

**Trasplante:**

**Trasplante de organos**

**Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazonpulmon, pulmon y pancreas.**

**Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.**

**Trasplante de medula osea:**

**Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).**

**Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH)**

**Otras indicaciones**

**Sindrome nefrotico:**

**Indicado en adultos y niños en el sindrome nefrotico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronostico adverso) en glomerulonefritis de cambios minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada manteniendo la remision inducida por esteroides permitiendo la suspension de esteroides.**

**Artritis reumatoide:**

**Indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa en pacientes en los que la terapia convencional con medicamentos antirreumaticos (DMARD) no ha resultado adecuada o eficaz.**

**Psoriasis:**

**Tratamiento de las formas extensas de psoriasis, en pacientes en los que la terapia convencional no es adecuada o efectiva.**

**Dermatitis atopica:**

**Indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica extensa en pacientes en los que la terapia convencional no es efectiva.**

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78332

CN: 701004

**CIQORIN 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## **INDICACIONES:**

**Trasplante:**

**Trasplante de organos**

**Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazonpulmon, pulmon y pancreas.**

**Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.**

**Trasplante de medula osea:**

**Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).**

**Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH)**

**Otras indicaciones**

**Sindrome nefrotico:**

**Indicado en adultos y niños en el sindrome nefrotico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronostico adverso) en glomerulonefritis de cambios minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada manteniendo la remision inducida por esteroides permitiendo la suspension de esteroides.**

**Artritis reumatoide:**

**Indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa en pacientes en los que la terapia convencional con medicamentos antirreumaticos (DMARD) no ha resultado adecuada o eficaz.**

**Psoriasis:**

**Tratamiento de las formas extensas de psoriasis, en pacientes en los que la terapia convencional no es adecuada o efectiva.**

**Dermatitis atopica:**

**Indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica extensa en pacientes en los que la terapia convencional no es efectiva.**

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78333

CN: 701005

**CIQORIN 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## **INDICACIONES:**

**Trasplante:**

**Trasplante de organos**

**Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazonpulmon, pulmon y pancreas.**

**Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.**

**Trasplante de medula osea:**

**Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).**

**Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH)**

**Otras indicaciones**

**Sindrome nefrotico:**

**Indicado en adultos y niños en el sindrome nefrotico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronostico adverso) en glomerulonefritis de cambios minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada mantener la remision inducida por esteroides permitiendo la suspension de esteroides.**

**Artritis reumatoide:**

**Indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa en pacientes en los que la terapia convencional con medicamentos antirreumaticos (DMARD) no ha resultado adecuada o eficaz.**

**Psoriasis:**

**Tratamiento de las formas extensas de psoriasis, en pacientes en los que la terapia convencional no es adecuada o efectiva.**

**Dermatitis atopica:**

**Indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica extensa en pacientes en los que la terapia convencional no es efectiva.**

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63667

CN: 701441

**CLINDAMICINA NORMON 300MG/2ML 1 VIAL 2ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En las siguientes infecciones graves causadas por germen sensibles:

- infecciones graves del tracto respiratorio inferior, tales como empiema, neumonía y absceso pulmonar
- infecciones de la piel y tejidos blandos
- infecciones intra-abdominales, tales como peritonitis y abscesos intraabdominales
- infecciones óseas y articulares, tales como osteomielitis y artritis séptica
- septicemia
- infecciones del tracto genital femenino, tales como endometritis, infecciones vaginales postquirúrgicas, abscesos tubo-ováricos no gonocócicos, celulitis pélvica, salpingitis y enfermedades inflamatorias pélvicas agudas, siempre y cuando se administre simultáneamente un antibiótico de adecuado espectro frente a bacterias Gram-negativas aerobias.

La clindamicina puede considerarse una alternativa para el tratamiento y la profilaxis de infecciones graves causadas por cepas sensibles de cocos gram-positivos aerobios. Sin embargo, no se considera como tratamiento de primera elección en estas infecciones a menos que se trate de pacientes alérgicos a penicilinas o en los que otros antibióticos menos tóxicos estén contraindicados.

Clindamicina, en combinación con otros fármacos antiprotozoarios, es efectiva en el tratamiento de las siguientes infecciones:

- encefalitis toxoplásmica en pacientes con SIDA. La asociación con pirimetamina ha demostrado ser eficaz en aquellos pacientes que presentan intolerancia al tratamiento convencional.
  - neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes con SIDA. Clindamicina puede utilizarse en combinación con primaquina en aquellos pacientes que no toleran o no responden adecuadamente al tratamiento convencional.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63669

CN: 701607

**CLINDAMICINA NORMON 600MG/4ML 1 VIAL 4ML**  
**SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** En las siguientes infecciones graves causadas por germen sensibles:

- infecciones graves del tracto respiratorio inferior, tales como empiema, neumonia y absceso pulmonar
- infecciones de la piel y tejidos blandos
- infecciones intra-abdominales, tales como peritonitis y abscesos intraabdominales
- infecciones oseas y articulares, tales como osteomielitis y artritis septica
- septicemia
- infecciones del tracto genital femenino, tales como endometritis, infecciones vaginales postquirurgicas, abscesos tubo-ovaricos no gonococicos, celulitis pelvica, salpingitis y enfermedades inflamatoria pelvica aguda, siempre y cuando se administre simultaneamente un antibiotico de adecuado espectro frente a bacterias Gram-negativas aerobias.

La clindamicina puede considerarse una alternativa para el tratamiento y la profilaxis de infecciones graves causadas por cepas sensibles de cocos gram-positivos aerobios. Sin embargo, no se considera como tratamiento de primera eleccion en estas infecciones a menos que se trate de pacientes alergicos a penicilinas o en los que otros antibioticos menos toxicos esten contraindicados.

Clindamicina, en combinacion con otros farmacos antiprotozoarios, es efectiva en el tratamiento de las siguientes infecciones:

- encefalitis toxoplasmica en pacientes con SIDA. La asociacion con pirimetamina ha demostrado ser eficaz en aquellos pacientes que presentan intolerancia al tratamiento convencional.
- neumonia por *Pneumocystis carinii* en pacientes con SIDA. Clindamicina puede utilizarse en combinacion con primaquina en aquellos pacientes que no toleran o no responden adecuadamente al tratamiento convencional.

---

Nº REG: 84607

CN: 727273

**CONFEROPORT 0.5MG 30 CAPSULAS DURAS DE**  
**LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84629

CN: 727324

**CONFEROPORT 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 84629

CN: 727325

**CONFEROPORT 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 84630

CN: 727326

**CONFEROPORT 2MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 84631

CN: 727327

**CONFEROPORT 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84632

CN: 727328

**CONFEROPT 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 79174

CN: 704154

**DACEPTON 5MG/ML 1 VIAL 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de fluctuaciones motoras (fenomenos onoff) en pacientes con enfermedad de Parkinson que no estan suficientemente controlados con la medicacion antiparkinsoniana oral.

Nº REG: 62431

CN: 745174

**DECAPEPTYL DIARIO 0,1MG 7 VIALES POLVO Y DIS PARA SOL INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Infertilidad femenina: tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la induccion de la ovulacion para la fertilizacion in vitro y transferencia de embrion (FIVTE)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 65333

CN: 791780

**DERCUTANE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 65334

CN: 791962

**DERCUTANE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 78326

CN: 700998

**DERCUTANE 30MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via cutanea.

Nº REG: 78326

CN: 700996

**DERCUTANE 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via cutanea.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67878

CN: 660288

**DERCUTANE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Nº REG: 69742

CN: 660861

**DERCUTANE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Nº REG: 06367002

CN: 661639

**DIACOMIT 250MG 60 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Diacomit esta indicado en combinacion con clobazam y valproato como terapia adyuvante para las convulsiones tonico-clonicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclonica grave de la infancia (EMGI, sindrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06367008

CN: 661640

**DIACOMIT 250MG 60 SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL**

**INDICACIONES:** Diacomit esta indicado en combinacion con clobazam y valproato como terapia adyuvante para las convulsiones tonico-clonicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclonica grave de la infancia (EMGI, sindrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato.

Nº REG: 75264

CN: 686981

**DONEBRAIN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** DONEBRAIN comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75260

CN: 686967

**DONEBRAIN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** DONEBRAIN comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 71572

CN: 664105

**DONEPEZILO ALMUS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donezepilo Almus esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71570

CN: 664106

**DONEPEZILO ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donezepilo Almus esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74174

CN: 680981

**DONEPEZILO ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74175

CN: 680982

**DONEPEZILO ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.  
En la seccion 4.4. se incluyen advertencias y precauciones especiales de empleo en esta indicacion.

Nº REG: 75004

CN: 685779

**DONEPEZILO APOTEX 10MG 28 COMP BUCODISPERS  
(BLIST PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Apotex esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75002

CN: 685775

**DONEPEZILO APOTEX 5MG 28 COMP BUCODISPERS  
(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Apotex esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 81321

CN: 713151

**DONEPEZILO AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Aurovitas comprimidos recubiertos con pelicula esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 81320

CN: 713150

**DONEPEZILO AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Aurovitas comprimidos recubiertos con pelicula esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 71735

CN: 669883

**DONEPEZILO AUROVITAS SPAIN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de leve a moderadamente grave en la enfermedad de Alzheimer.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71734

CN: 669867

**DONEPEZILO AUROVITAS SPAIN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de leve a moderadamente grave en la enfermedad de Alzheimer.

Nº REG: 73152

CN: 672940

**DONEPEZILO CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 73153

CN: 672944

**DONEPEZILO CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74022

CN: 680281

**DONEPEZILO COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Combix esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74023

CN: 680282

**DONEPEZILO COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Combix esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76990

CN: 696019

**DONEPEZILO MACLEODS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Macleods esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77004

CN: 696046

**DONEPEZILO MACLEODS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Macleods esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76901

CN: 695542

**DONEPEZILO FLAS ARISTO 10MG 28 COMPRIMID  
BUCODISPERSAB (AL/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas ARISTO esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76895

CN: 695522

**DONEPEZILO FLAS ARISTO 5MG 28 COMPRIMID  
BUCODISPERSABL (AL/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas ARISTO esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75470

CN: 687872

**DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 10MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas Actavis esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75469

CN: 687853

**DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 5MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas Actavis esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75000

CN: 685772

**DONEPEZILO FLAS CINFA 10MG 28 COMP BUCODISP  
(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo flas cinfa esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74998

CN: 685755

**DONEPEZILO FLAS CINFA 5MG 28 COMP BUCODISP  
(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo flas cinfa esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75891

CN: 689805

**DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75895

CN: 689793

**DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 5MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave

Nº REG: 74245

CN: 681265

**DONEPEZILO FLAS MYLAN PHARMACEUTICALS 10MG 28  
COMP BUCODISP EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74246

CN: 681266

**DONEPEZILO FLAS MYLAN PHARMACEUTICALS 5MG 28  
COMPR BUCODISP EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 79123

CN: 703899

**DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 10MG 56 COMPRIMI  
BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 79123

CN: 704066

**DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 10MG 28 COMPRIM  
BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 79124

CN: 703902

**DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 5MG 56 COMPRIM  
BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 79124

CN: 703901

**DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 5MG 28 COMPRIM  
BUCODISPERSAB EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74862

CN: 684954

**DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74861

CN: 684939

**DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75301

CN: 687124

**DONEPEZILO FLAS STADA10MG 28 COMPR  
BUCODIS(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas STADA comprimidos esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75300

CN: 687120

**DONEPEZILO FLAS STADA 5MG 28 COMPR  
BUCODISP(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas STADA comprimidos esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76893

CN: 695516

**DONEPEZILO FLAS TECNIGEN 10MG 28 COMPR  
BUCODISPERSABLES (AL/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Flas Hibes esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave

---

Nº REG: 76026

CN: 691260

**DONEPEZILO KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICU EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76025

CN: 691259

**DONEPEZILO KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73334

CN: 678427

**DONEPEZILO KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73333

CN: 678415

**DONEPEZILO KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76594

CN: 693619

**DONEPEZILO MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76593

CN: 693618

**DONEPEZILO MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 70587

CN: 662297

**DONEPEZILO MYLAN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo MYLAN esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70586

CN: 662295

**DONEPEZILO MYLAN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo MYLAN esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75012

CN: 685822

**DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo NORMON esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75011

CN: 685814

**DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo NORMON esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75007

CN: 685786

**DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIM BUCODISP  
(BLISTER PVC/PCTF/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo NORMON esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75006

CN: 685783

**DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPR BUCODISPERS  
(BLIST PVC/PCTF/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo NORMON esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 69892

CN: 661115

**DONEPEZILO PENSA 10MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC  
(BLISTER PVDC/PVC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 69891

CN: 661114

**DONEPEZILO PENSA 5MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC  
(BLISTER PVDC/PVC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76298

CN: 692450

**DONEPEZILO PENSA PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Pensa Pharma esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76297

CN: 692448

**DONEPEZILO PENSA PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Pensa Pharma esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75330

CN: 687180

**DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Qualigen esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75317

CN: 687144

**DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Qualigen esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75327

CN: 687155

**DONEPEZILO QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Qualigen esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75321

CN: 687146

**DONEPEZILO QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo Qualigen esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75252

CN: 686947

**DONEPEZILO RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75251

CN: 686937

**DONEPEZILO RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 70482

CN: 665432

**DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70479

CN: 665433

**DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado en el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73988

CN: 680004

**DONEPEZILO STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PEL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73987

CN: 679984

**DONEPEZILO STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 70052

CN: 661450

**DONEPEZILO SUN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70051

CN: 661449

**DONEPEZILO SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomático de la enfermedad de alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75014

CN: 685830

**DONEPEZILO TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75013

CN: 685829

**DONEPEZILO TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75217

CN: 686828

**DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo TecniGen esta indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75216

CN: 686827

**DONEPEZILO TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo TecniGen esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75101

CN: 686191

**DONEPEZILO TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75250

CN: 686926

**DONEPEZILO TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75100

CN: 686180

**DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75249

CN: 686914

**DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74596

CN: 683257

**DONEPEZILO UR 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo UR esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74595

CN: 683249

**DONEPEZILO UR 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo UR esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 84320

CN: 726296

**DRONEDARONA ARISTO 400MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUB PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Dronedarona esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos y clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Por su perfil de seguridad, dronedarona debe prescribirse solo despues de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. No debe administrarse dronedarona a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84479

CN: 726786

**DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaron Aurovitas Spain esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos y clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Por su perfil de seguridad, dronedaron debe prescribirse solo despues de que se hayan considerado otras opciones alternativas de tratamiento.

Dronedaron no debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

Nº REG: 84024

CN: 725342

**DRONEDARONA RATIOPHARM 400MG 60 COMPR REC PEL (BLIST PVC-AL) EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaron esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedaron solo debe prescribirse despues de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas.

Dronedaron no debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

Nº REG: 84024

CN: 725343

**DRONEDARONA RATIOPHARM 400MG 60 COMP REC PEL (BLIST PVC/PE/PVDC-AL) EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaron esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedaron solo debe prescribirse despues de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas.

Dronedaron no debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84025

CN: 725344

**DRONEDARONA SANDOZ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaronas está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedaronas solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas. Dronedaronas no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardíaca.

Nº REG: 84026

CN: 725346

**DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMP REC PEL (BLIST PVC/PE/PVDC-AL) EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaronas está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedaronas solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas. Dronedaronas no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardíaca.

Nº REG: 84026

CN: 725345

**DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMPRIM RECUB PELIC (BLIS PVC-AL) EFG**

**INDICACIONES:** Dronedaronas está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedaronas solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas. Dronedaronas no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardíaca.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02219009

CN: 832725

**EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 02219027IP2

CN: 716306

**EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02219027IP3

CN: 727470

**EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02219027IP1

CN: 712908

**EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02219027

CN: 661012

**EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 02219027IP

CN: 710007

**EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02219006

CN: 757807

**EBIXA 5MG/PULSACION 100ML (200 DOSIS) SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 02219022

CN: 662135

**EBIXA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 70125

CN: 661615

**EKISTOL 100MG 56 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70126

CN: 661616

**EKISTOL 50MG 56 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** Cilostazol esta indicado para la mejora de la distancia maxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicacion intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periferica (arteriopatia periferica de Fontaine en estadio II). Cilostazol esta indicado para el tratamiento de segunda linea, en pacientes en los que las modificaciones del estilo de vida (incluido abandono del tabaquismo y programas de ejercicio supervisados) y otras intervenciones apropiadas no han sido suficientes para mejorar los sintomas de claudicacion intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

Nº REG: 09609001

CN: 665772

**ELONVA 100MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Elonva esta indicado para la estimulacion ovarica controlada (EOC) en combinacion con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de foliculos multiples en mujeres que participan en un programa de Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA).

Nº REG: 09609002

CN: 665773

**ELONVA 150MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Elonva esta indicado para la estimulacion ovarica controlada (EOC) en combinacion con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de foliculos multiples en mujeres que participan en un programa de Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77642

CN: 698371

**ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Elvanse esta indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervision de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnostico debe realizarse segun los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

---

Nº REG: 77643

CN: 698372

**ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Elvanse esta indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervision de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnostico debe realizarse segun los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

---

Nº REG: 77644

CN: 698373

**ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Elvanse esta indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervision de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnostico debe realizarse segun los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114935001

CN: 706166

**ENVARUSUS 0,75MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 114935004

CN: 706169

**ENVARUSUS 1MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 114935005

CN: 706170

**ENVARUSUS 1MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 114935007

CN: 706171

**ENVARUSUS 4MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55906

CN: 761908

**ETALPHA 0,002MG/ML 10ML GOTAS ORALES SOLUCION**

**INDICACIONES:** Alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una produccion reducida de 1,25-dihidroxitamina D3

---

Nº REG: 98066002

CN: 659326

**EXELON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066001

CN: 659334

**EXELON 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066003

CN: 659318

**EXELON 1,5MG 112 CAPSULAS GELATINA DURA**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

---

Nº REG: 198066029

CN: 697755

**EXELON 13,3MG/ 24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICO**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 198066029

CN: 728198

**EXELON 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES  
TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 98066013

CN: 807420

**EXELON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

---

Nº REG: 98066006

CN: 659284

**EXELON 3MG 112 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066005

CN: 659292

**EXELON 3MG 56 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066009

CN: 659250

**EXELON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066008

CN: 659268

**EXELON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066020

CN: 728206

**EXELON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98066020

CN: 728207

**EXELON 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98066021

CN: 660038

**EXELON 4,6MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98066020

CN: 660037

**EXELON 4,6MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066012

CN: 659227

**EXELON 6MG 112 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066011

CN: 659235

**EXELON 6MG 56 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 98066025

CN: 660039

**EXELON 9.5MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98066025

CN: 728195

**EXELON 9.5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 106356017

CN: 711247

**EXJADE 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** EXJADE esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.  
EXJADE tambien esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas cuando el tratamiento con deferoxamina este contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

- en pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (mayor o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de 2 a 5 años,
- en adultos y pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de edad igual o superior a 2 años,
- en adultos y pacientes pediatricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

EXJADE tambien esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina esta contraindicado o no es adecuado en pacientes con sindromes talasemicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 106356011

CN: 711248

**EXJADE 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** EXJADE esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.  
EXJADE tambien esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas cuando el tratamiento con deferoxamina este contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:  
- en pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (mayor o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de 2 a 5 años,  
- en adultos y pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de edad igual o superior a 2 años,  
- en adultos y pacientes pediatricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.  
EXJADE tambien esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina esta contraindicado o no es adecuado en pacientes con sindromes talasemicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

Nº REG: 55382

CN: 946202

**FELDENE 10MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Piroxicam esta indicado para el alivio sintomatico de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opcion de primera linea en la indicacion de un antiinflamatorio no esteroideo. La decision de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluacion del riesgo global en cada paciente individual.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55806

CN: 995431

**FELDENE 20MG 20 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Piroxicam esta indicado para el alivio sintomatico de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opcion de primera linea en la indicacion de un antiinflamatorio no esteroideo. La decision de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluacion del riesgo global en cada paciente individual.

Nº REG: 58085

CN: 983866

**FELDENE 20MG/ML SOLUCION INYECTABLE 6 AMPOLLAS DE 1ML**

**INDICACIONES:** Piroxicam esta indicado para el alivio sintomatico de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opcion de primera linea en la indicacion de un antiinflamatorio no esteroideo. La decision de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluacion del riesgo global en cada paciente individual.

Nº REG: 60070

CN: 699702

**FELDENE FLAS 20MG 20 LIOFILIZADOS ORALES**

**INDICACIONES:** Piroxicam esta indicado para el alivio sintomatico de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opcion de primera linea en la indicacion de un antiinflamatorio no esteroideo. La decision de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluacion del riesgo global en cada paciente individual.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66160

CN: 734822

### **FLEXRESAN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 66159

CN: 734764

### **FLEXRESAN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 50882

CN: 700562

### **FOSFOCINA INTRAVENOSA 1G INYECTABLE 1 VIAL + 1 AMPOLLA DE DISOLVENTE**

**INDICACIONES:** Fosfocina Intravenosa esta indicada en el tratamiento de infecciones complicadas o graves urinarias, dermatologicas, ginecologicas, respiratorias, del aparato locomotor, quirurgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por microorganismos sensibles a la fosfomicina. En casos de infecciones hospitalarias graves (septicemias, endocarditis, meningitis), es imprescindible utilizar la fosfomicina en asociacion con otros antibioticos. La fosfomicina se puede utilizar en la meningitis estafilococica meticilin-resistente en asociacion con otros antibioticos.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 54164

CN: 700565

**FOSFOMICINA LEVEL IM 1G 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUC INYECTAB**

**INDICACIONES:** La fosfomicina, por via intramuscular, esta indicada en infecciones del tracto genitourinario (pielitis, pielonefritis, anexitis, endometritis y prostatitis), del tracto respiratorio (agudizacion de broncopatias cronicas) y en infecciones de tejidos blandos producidas por germen sensibles a este antibiotico (abscesos perianales). Profilaxis en exploraciones radiologicas con sondajes o cateteres.

Nº REG: 54163

CN: 700561

**FOSFOMICINA LEVEL IV 1G 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOL INYECT**

**INDICACIONES:** La fosfomicina, por via intravenosa, esta indicada en infecciones complicadas o graves urinarias (pielonefritis, hidronefrosis, abscesos renales y prostatitis), dermatologicas, ginecologicas, respiratorias (broncopatias agudas o cronicas, abscesos pulmonares), del aparato digestivo (colecistitis, abscesos apendiculares, isquiorrectales, peritonitis, etc.), del aparato locomotor (artritis agudas o cronicas supuradas, osteomielitis agudas o cronicas), postquirurgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por germen sensibles a este antibiotico. Profilaxis quirurgicas en traumatismos abiertos, cirugia abdominal, cardiovascular, neurocirugia, cirugia en enfermos con alto riesgo (transplantes, inmunodeprimidos). Profilaxis en UCI, hemodialisis o dialisis peritoneal y en grandes quemados.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68441

CN: 658417

**FOSTIPUR 150UI/ML VIAL + AMP POLVO + DISOL SOL INY**

**INDICACIONES:** Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en tecnicas de reproduccion asistida (TRA), como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (TIG) y transferencia intratubarica de zigotos (TIZ).

Nº REG: 68441

CN: 658420

**FOSTIPUR 150UI/ML 10 VI + 10 AMP POL Y DIS SOL INY**

**INDICACIONES:** Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en tecnicas de reproduccion asistida (TRA), como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (TIG) y transferencia intratubarica de zigotos (TIZ).

---

Nº REG: 68440

CN: 658414

**FOSTIPUR 75UI/ML VIAL + AMP POLVO + DISOL SOL INY**

**INDICACIONES:** Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en tecnicas de reproduccion asistida (TRA), como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (TIG) y transferencia intratubarica de zigotos (TIZ).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68440

CN: 658416

**FOSTIPUR 75UI/ML 10 VIA + 10 AMP POL + DIS SOL INY**

**INDICACIONES:** Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en tecnicas de reproduccion asistida (TRA), como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (TIG) y transferencia intratubarica de zigotos (TIZ).

Nº REG: 78205

CN: 700395

**FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG**

**INDICACIONES:** Prevencion de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) para tecnicas de reproduccion asistida (TRA).  
En los estudios clinicos se utilizo ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido.

Nº REG: 78205

CN: 700396

**FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG**

**INDICACIONES:** Prevencion de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) para tecnicas de reproduccion asistida (TRA).  
En los estudios clinicos se utilizo ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido.

Nº REG: 74368

CN: 681931

**GALANTAMINA APOTEX 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74367

CN: 681930

**GALANTAMINA APOTEX 16MG 28 CAPSULAS DURAS**  
**LIBERACION PROLONGA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 74366

CN: 681929

**GALANTAMINA APOTEX 8MG 28 CAPSULAS DURAS**  
**LIBERACION PROLONGA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 83583

CN: 723998

**GALANTAMINA AUROBINDO 16MG 28 CAPSULAS**  
**LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 83584

CN: 724000

**GALANTAMINA AUROBINDO 24MG 28 CAPSULAS**  
**LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83585

CN: 724001

**GALANTAMINA AUROBINDO 8MG 28 CAPSULAS**  
**LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 74627

CN: 683415

**GALANTAMINA AUROVITAS 16MG 28 CAPSULAS DURAS**  
**LIBERACION PROLONGA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Actavis esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74628

CN: 683426

**GALANTAMINA AUROVITAS 24MG 28 CAPSUL DURAS**  
**LIBERAC PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Actavis esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74626

CN: 683405

**GALANTAMINA AUROVITAS 8MG 28 CAPSUL DURAS**  
**LIBERAC PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Actavis esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83124

CN: 721769

**GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 16MG 28 CAP DURAS**  
**LIBERAC PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83126

CN: 721771

**GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 24MG 28 CAPS DURAS**  
**LIBERAC PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83125

CN: 721770

**GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 8MG 28 CAP DURAS**  
**LIBERAC PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicada para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77289

CN: 697283

**GALANTAMINA CINFA 16MG 28 CAPSULAS DURAS**  
**LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77290

CN: 697284

**GALANTAMINA CINFA 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77288

CN: 697282

**GALANTAMINA CINFA 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77132

CN: 696756

**GALANTAMINA COMBIX 16MG 28 CAPS DURAS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77133

CN: 696758

**GALANTAMINA COMBIX 24MG 28 CAPS DURAS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77131

CN: 696755

**GALANTAMINA COMBIX 8MG 28 CAPSUL DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74352

CN: 681829

**GALANTAMINA KERN PHARMA 16MG 28 CA DU LIB PR  
(BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Krka esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74353

CN: 681850

**GALANTAMINA KERN PHARMA 24MG 28 CA DU LIB PR  
(BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Krka esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74351

CN: 681807

**GALANTAMINA KERN PHARMA 8MG 28 CA DU LIB PR  
(BLIST PVC/PE/PVDC+AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina Krka esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74687

CN: 683866

**GALANTAMINA MYLAN 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGAD EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina MYLAN esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74688

CN: 683885

**GALANTAMINA MYLAN 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGAD EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina MYLAN esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74686

CN: 683845

**GALANTAMINA MYLAN 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina MYLAN esta indicado para el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 78443

CN: 701393

**GALANTAMINA NORMON 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78444

CN: 701394

**GALANTAMINA NORMON 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 72514

CN: 665721

**GALANTAMINA NORMON 4MG/ML 100ML SOLUCION  
ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 78442

CN: 701392

**GALANTAMINA NORMON 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77075

CN: 696594

**GALANTAMINA RATIO 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77076

CN: 696595

**GALANTAMINA RATIO 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77074

CN: 696593

**GALANTAMINA RATIO 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74333

CN: 681735

**GALANTAMINA SANDOZ 16MG 28 CAPS DURAS LIBER  
PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74334

CN: 681755

**GALANTAMINA SANDOZ 24MG 28 CAPS DURAS LIBER  
PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74332

CN: 681713

**GALANTAMINA SANDOZ 8MG 28 CAPS DURAS LIBER  
PROL (PVC/PE/PVDC/AI) EFG**

**INDICACIONES:** Galantamina esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77148

CN: 696857

**GALANTAMINA STADA 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77151

CN: 696862

**GALANTAMINA STADA 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77147

CN: 696855

**GALANTAMINA STADA 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77472

CN: 697878

**GALANTAMINA TEVAGEN 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERAC PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77473

CN: 697879

**GALANTAMINA TEVAGEN 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERAC PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77471

CN: 697877

**GALANTAMINA TEVAGEN 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERAC PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74330

CN: 681671

**GALNORA 16MG 28 CAPS DURAS LIBERAC  
PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galnora esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74331

CN: 681693

**GALNORA 24MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galnora esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 74329

CN: 681651

**GALNORA 8MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Galnora esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 33214

CN: 654435

**GENOXAL 50MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Ciclofosfamida esta indicada dentro de un regimen de quimioterapia combinada o como monoterapia en:

- Linfoma de Hodgkin, Linfomas no Hodgkin y Mieloma multiple.
- Leucemia linfocitica cronica (LLC) y Leucemia linfocitica aguda (LLA).
- Leucemia mieloide cronica y leucemia linfoblastica aguda.
- Sarcoma de Ewing.
- Neuroblastoma avanzado o metastasico.
- Carcinoma de mama y ovarico metastasico.
- Tratamiento adyuvante del carcinoma de mama.
- Carcinoma microcitico de pulmon.
- Como inmunosupresor en trasplantes de organos y de medula osea.
- En enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de Wegener y formas progresivas graves del LES (nefritis lupica).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59109

CN: 856039

**GHRH FERRING 50MCG 1 AMPOLLA + 1 AMPOLLA  
DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INYECT**

**INDICACIONES:** GHRH se utiliza para determinar la funcion somatotopica de la hipofisis anterior en casos de sospecha de deficiencia de hormona de crecimiento. No obstante, no debe utilizarse de forma rutinaria como analisis diagnostico de los deficits de hormona de crecimiento.

Nº REG: 17783

CN: 700692

**GLUCANTIME 1500MG/5ML 10 AMPOLLAS 5ML SOLUCION  
INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Glucantime esta indicado para el tratamiento de las siguientes infecciones (ver seccion 5.1):  
-Leishmaniasis visceral (Kala azar)  
-Leishmaniasis cutanea (Boton de oriente) y mucocutanea  
Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antiparasitarios.

Nº REG: 95001021

CN: 686857

**GONAL-F 1050UI/1,75ML (77MCG/1,75ML) POLVO Y  
DISOLVENTE SOL INYECTABLE**

**INDICACIONES:**

- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida (ART), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubarica de zigotos (ZIFT).
- GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH. En los ensayos clinicos estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.
- GONAL-f esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001036

CN: 727949

**GONAL-F 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA + 4 AGUJAS SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas:

- Anovulacion (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida (ART), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).
- GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de <1,2 UI/l.

En varones adultos:  
GONAL-f está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

Nº REG: 95001033

CN: 802314

**GONAL-F 300UI/0,5ML 1 PLUMA PREC+8 AGUJAS SOL INY**

**INDICACIONES:**

- Anovulación (incluyendo la enfermedad del ovario poliquístico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida (ART), tales como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).
- Gonal-F, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con déficit severo de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de <1,2 UI/l.
- Gonal-F está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrópo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001034

CN: 802777

**GONAL-F 450UI/0,75ML 1 PLUMA PREC+12 AGUJAS SOL INY**

- INDICACIONES:**
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
  - Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida (ART), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubarica de zigotos (ZIFT).
  - Gonal-F, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.
  - Gonal-F esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

Nº REG: 95001027

CN: 837013

**GONAL-F 75UI (5.5MCG) 10 VIALES POLVO+10 JER PREC DISOLV SOLUC INYECTAB**

- INDICACIONES:**
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
  - Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida (ART), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubarica de zigotos (ZIFT).
  - GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH. En los ensayos clinicos estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.
  - GONAL-f esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001025

CN: 926683

**GONAL-F 75UI (5,5MCG) 1 VIAL POLVO+1 JER PRECARG DISOLV SOLUC INYECTAB**

- INDICACIONES:**
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
  - Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida (ART), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubarica de zigotos (ZIFT).
  - Gonal-F, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH. En los ensayos clinicos estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.
  - Gonal-F esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

---

Nº REG: 95001035

CN: 802785

**GONAL-F 900UI/1,5ML 1 PLUMA PRECARGADA + 20 AGUJAS SOLUCION INYECT**

- INDICACIONES:**
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
  - Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida (ART), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubarica de zigotos (ZIFT).
  - Gonal-F, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.
  - Gonal-F esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64530

CN: 742247

**GONAPEPTYL DEPOT 3,75MG 1JER PREC POL Y DIS SOL IN**

**INDICACIONES:** En el hombre:  
-Tratamiento del carcinoma de prostata avanzado hormono-dependiente  
En la mujer:  
-Miomias uterinos sintomaticos, cuando esta indicada la supresion de la hormonogenesis ovarica como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas individuales previa a la programacion de la enucleacion del mioma o histerectomia.  
-Endometriosis sintomatica confirmada por laparoscopia, cuando por su extension esta indicada la supresion de la hormonogenesis ovarica ya que el tratamiento quirurgico no esta indicado como primera medida.  
En niños:  
Tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años).

---

Nº REG: 68225

CN: 656477

**GRANISETRON G.E.S. 1MG 10 COMPRIMID RECUB PEL EFG**

**INDICACIONES:** GRANISETRON esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos, tanto agudos como diferidos, asociados con tratamiento citostatico (quimioterapia y radioterapia)

---

Nº REG: 71577

CN: 664152

**GRANISETRON AUROVITAS SPAIN1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Granisetron comprimidos se utiliza para prevenir las nauseas y vomitos agudos inducidos por el tratamiento citostatico (quimioterapia y radioterapia) cuando se administra el dia del tratamiento.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66925

CN: 651587

**HEXVIX 85MG 1 VIAL+1JER POLVO Y DISOLV PARA SOLUCION INTRAVESICAL**

**INDICACIONES:** Este medicamento es unicamente para uso diagnostico. La cistoscopia de fluorescencia con luz azul de Hexvix esta indicada como complemento a la cistoscopia con luz blanca estandar para contribuir al diagnostico y manejo del cancer de vejiga en pacientes con conocida o elevada sospecha de cancer de vejiga. Ver 5.1.

Nº REG: 61834

CN: 664730

**HIBERIX POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JER PREC**

**INDICACIONES:** Vacunacion primaria de niños a partir de 2 meses de edad, incluidos en algunos de los siguientes grupos:

- niños con asplenia, anemia falciforme o inmunodeficiencia
- niños infectados con VIH asintomaticos o sintomaticos
- en aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias

Ver Circular 15/97 de la Direccion General de Farmacia y Productos Sanitarios

Nº REG: 62628

CN: 675272

**IMPLANON NXT 68MG 1 IMPLANTE CON APLICADOR**

**INDICACIONES:** Anticoncepcion. Se ha establecido su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años de edad.

Nº REG: 60113

CN: 696161

**IMUKIN 100MCG 1 VIAL 0.5ML SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Tratamiento coadyuvante para reducir la frecuencia de infecciones graves en pacientes con granulomatosis cronica (GC).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06378001

CN: 659182

**NOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

**INDICACIONES:** Inovelon esta indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.

Nº REG: 06378009

CN: 663238

**NOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

**INDICACIONES:** Inovelon esta indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.

Nº REG: 06378017

CN: 688710

**NOVELON 40MG/ML 1 FRASCO DE 460ML SUSPENSION  
ORAL**

**INDICACIONES:** Inovelon esta indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.

Nº REG: 06378015

CN: 663235

**NOVELON 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Inovelon esta indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151040002

CN: 709247

**INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Tratamiento del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o esten contraindicados.

Nº REG: 1151040004

CN: 709248

**INTUNIV 2MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Tratamiento del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o esten contraindicados.

Nº REG: 1151040006

CN: 709249

**INTUNIV 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Tratamiento del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o esten contraindicados.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151040008

CN: 709250

**INTUNIV 4MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** Tratamiento del trastorno por deficit de atencion e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o esten contraindicados.

---

Nº REG: 66121

CN: 880674

**ISDIBEN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

---

Nº REG: 66122

CN: 880724

**ISDIBEN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Isotretinoina solo puede prescribirse por o bajo la supervision de un medico con experiencia en el uso de los retinoides por via general para tratar el acne grave y un conocimiento integro de los riesgos del tratamiento con isotretinoina y de la necesidad de vigilancia terapeutica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76045

CN: 691233

**ISDIBEN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via sistematica y por via topica.

Nº REG: 67570

CN: 653860

**ISOACNE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via sistematica y a terapia topica.

Nº REG: 67571

CN: 653861

**ISOACNE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via sistematica y a terapia topica.

Nº REG: 69927

CN: 661191

**ISOACNE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (como acne nodular, conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos de tratamiento convencionales con preparados antibacterianos administrados por via sistematica o terapia topica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67464

CN: 653587

**ISOACNE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via sistematica y a terapia topica.

Nº REG: 82566

CN: 719640

**ISOTRETINOINA SUN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata, o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento estandar con antibacterianos sistemicos y tratamiento por via topica.

Nº REG: 82567

CN: 719642

**ISOTRETINOINA SUN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata, o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento estandar con antibacterianos sistemicos y tratamiento por via topica.

Nº REG: 58719

CN: 656824

**KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS  
GASTORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 58719

CN: 656825

**KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS**  
**GASTORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

---

Nº REG: 63832

CN: 672971

**KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS**  
**GASTORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

Nº REG: 63832

CN: 672974

**KREON 25000 U 50 CAPSULAS DURAS**  
**GASTORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

---

Nº REG: 83862

CN: 724969

**KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS**  
**GASTORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitucion de las enzimas pancreaticas en insuficiencia pancreatica exocrina debida a fibrosis quistica u otras enfermedades (p.ej., pancreatitis cronica, pancreatctomia o cancer pancreatico)

---

Nº REG: 77205

CN: 697014

**KREON 5000U/100MG 1 FRASCO 20G GRANULADO**  
**GASTORRESISTENTE**

**INDICACIONES:** Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina en niños y adultos.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60204

CN: 694554

**KYTRIL 1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** Prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos tanto agudos como diferidos, asociados con el tratamiento citostatico (quimioterapia y radioterapia)

Nº REG: 74184

CN: 681017

**LEFLUARTIL 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad □  
(FARME),  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado , puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74186

CN: 681019

**LEFLUARTIL 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 80684

CN: 710150

**LEFLUNOMIDA CINFA 10MG 30 COMPR RECUB PELIC (FRASCO CILINDRICO) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
-artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
-artritis psoriasica activa.  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80685

CN: 710151

**LEFLUNOMIDA CINFA 20MG 30 COMPRIM RECUB PELIC (FRASCO CILINDRICO) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
-artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
-artritis psoriasica activa.  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

Nº REG: 10637001

CN: 665939

**LEFLUNOMIDA MEDAC 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10637006

CN: 665941

**LEFLUNOMIDA MEDAC 20MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 75392

CN: 687505

**LEFLUNOMIDA MYLAN 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC (AL/AL) EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede tambien incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75393

CN: 687508

**LEFLUNOMIDA MYLAN 20MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC (AL/AL) EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede tambien incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 74343

CN: 681777

**LEFLUNOMIDA NORMON 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74344

CN: 681778

**LEFLUNOMIDA NORMON 20MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 10654001

CN: 685616

**LEFLUNOMIDA RATIOPHARM 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad □ (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10654003

CN: 685617

**LEFLUNOMIDA RATIOPHARM 20MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
- artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME).  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 77010

CN: 696059

**LEFLUNOMIDA STADA 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:  
artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77011

CN: 696060

**LEFLUNOMIDA STADA 20MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** La leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: **artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME),**  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 85070

CN: 728479

**LEFLUNOMIDA TILLOMED 10MG 30 COMPRIMIDOS  
(BLISTER) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: **-artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriasica activa.**  
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo.  
Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85070

CN: 728478

**LEFLUNOMIDA TILLOMED 10MG 30 COMPRIMIDOS (FRASCO) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriasica activa. El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo. Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

---

Nº REG: 85071

CN: 728480

**LEFLUNOMIDA TILLOMED 20MG 30 COMPRIMIDOS (FRASCO) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriasica activa. El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo. Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85071

CN: 728481

**LEFLUNOMIDA TILLOMED 20MG 30 COMPRIMIDOS (BLISTER) EFG**

**INDICACIONES:** Leflunomida esta indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un farmaco antirreumatico modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriasica activa. El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotoxicos o hematotoxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparicion de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en funcion del balance beneficio/riesgo. Mas aun, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver seccion 4.4), puede incrementar el riesgo de aparicion de reacciones adversas graves incluso durante un largo periodo de tiempo despues del cambio.

Nº REG: 41468

CN: 693853

**LINCOCIN 600MG 1 AMPOLLA 2ML INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Actinomicosis, erisipela, infecciones abdominales, infecciones cutaneas y de tejidos blandos, genitourinaria, infecciones oseas, infecciones en quemaduras, otitis media supurada cronica, pneumonia, septicemia, sinusitis.

Nº REG: 74188

CN: 681027

**LIXBEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74187

CN: 681025

**LIXBEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Donepezilo esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 85011

CN: 728335

**LONRELA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 85012

CN: 728336

**LONRELA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 85013

CN: 728338

**LONRELA (7X5MG+7X10MG+7X15MG+7X20MG) 28 COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00155006

CN: 663666

**LUVERIS 75UI 10 INYECTABLES POLVO Y DISOLVENTE  
SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Luveris asociado a un preparado de hormona foliculoestimulante (FSH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con déficit severo de LH y FSH. En los ensayos clínicos estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de <1,2 UI/l.

Nº REG: 04273001

CN: 760629

**LYSODREN 500MG 100 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomático del carcinoma de la corteza suprarrenal avanzado (inextirpable, metastático o de recaída). No se ha determinado el efecto de Lysodren en el carcinoma no funcional de la corteza suprarrenal.

Nº REG: 77580

CN: 698202

**MANTINEX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 77581

CN: 698203

**MANTINEX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78268

CN: 700784

**MANTINEX FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78269

CN: 700785

**MANTINEX FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 113820013

CN: 698139

**MARIXINO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 113820019

CN: 698138

**MARIXINO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69572

CN: 660467

**MAYESTA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Nº REG: 69571

CN: 660466

**MAYESTA 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por via general y por via topica.

Nº REG: 113880008

CN: 705835

**MEMANTINA ACCORD 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 113880011

CN: 705836

**MEMANTINA ACCORD 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77746

CN: 698663

**MEMANTINA ALTER 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77747

CN: 698664

**MEMANTINA ALTER 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78602

CN: 701910

**MEMANTINA APOTEX 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78804

CN: 702567

**MEMANTINA APOTEX 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78560

CN: 701786

**MEMANTINA APOTEX 5MG/PULSACION FRASCO 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78312

CN: 700956

**MEMANTINA ARISTO 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78313

CN: 700960

**MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL  
EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78310

CN: 700936

**MEMANTINA ARISTO 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78511

CN: 701650

**MEMANTINA AUROVITAS 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78510

CN: 701648

**MEMANTINA AUROVITAS 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78557

CN: 701783

**MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 5MG/PULSN FRASCO  
100ML SOLUC ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77539

CN: 698134

**MEMANTINA CINFA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77540

CN: 698135

**MEMANTINA CINFA 20MG 56 COMPRIMIDO RECUBIERTO  
CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78316

CN: 700977

**MEMANTINA CINFA 5MG/PULSACION 100ML SOLUCION  
ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 83298

CN: 722429

**MEMANTINA FLAS CINFA 10MG112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 83297

CN: 722428

**MEMANTINA FLAS CINFA 20MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78563

CN: 701790

**MEMANTINA FLAS STADAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78554

CN: 701780

**MEMANTINA FLAS STADAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77446

CN: 697760

**MEMANTINA KERN PHARMA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77553

CN: 698158

**MEMANTINA KERN PHARMA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77445

CN: 697758

**MEMANTINA KERN PHARMA 20MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77748

CN: 698665

**MEMANTINA MABO 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77749

CN: 698666

**MEMANTINA MABO 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 84431

CN: 726591

**MEMANTINA MACLEODS 5MG/PULSACION 1 FRASCO  
100ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113827018

CN: 698287

**MEMANTINA MYLAN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 113827028

CN: 698276

**MEMANTINA MYLAN 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 78362

CN: 701150

**MEMANTINA MYLAN 5MG/PULSACION FRASCO DE 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 79493

CN: 705073

**MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMPRIMID RECUB  
PELIC (BLISTER PVC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 79493

CN: 705074

**MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMP RECUB PEL  
BLISTER PVDC/PVC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79494

CN: 705076

**MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMPRIM RECUB PELIC  
(BLISTER /PVC/AI) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 79494

CN: 705077

**MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMP REC PEL (BLISTER  
PVDC/PVC/ALUM) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 78319

CN: 700984

**MEMANTINA PENSA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 78320

CN: 700985

**MEMANTINA PENSA 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad Alzheimer de moderada a grave

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78351

CN: 701106

**MEMANTINA PHARMA COMBIX 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78352

CN: 701107

**MEMANTINA PHARMA COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78464

CN: 701426

**MEMANTINA QUALIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78465

CN: 701427

**MEMANTINA QUALIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113836011

CN: 698394

**MEMANTINA RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 79525

CN: 705205

**MEMANTINA RATIOPHARM 10MG/ML 100ML SOLUCION  
ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 113836019

CN: 698392

**MEMANTINA RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77951

CN: 699536

**MEMANTINA SANDOZ 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77950

CN: 699535

**MEMANTINA SANDOZ 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78345

CN: 701088

**MEMANTINA STADA (7 X 5MG +7 X 10MG + 7 X 15MG +7 X  
20MG) 28 COM REC PEL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78273

CN: 700791

**MEMANTINA STADA GENERICOS 5MG/PULSAC FRASCO  
100ML SOLUC ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77585

CN: 698207

**MEMANTINA STADA GENERICOS 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERT PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77584

CN: 698206

**MEMANTINA STADA GENERICOS 10MG 112  
COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78411

CN: 701294

**MEMANTINA SUN 10MG 112 COMPRIM REC PEL (BLIST  
PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78412

CN: 701296

**MEMANTINA SUN 20MG 56 COMPRIM RECU PEL (BLIST  
PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78230

CN: 700441

**MEMANTINA TARBIS 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78231

CN: 700442

**MEMANTINA TARBIS 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77610

CN: 698247

**MEMANTINA TECNIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 77611

CN: 698249

**MEMANTINA TECNIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 79527

CN: 705209

**MEMANTINA TEVA 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80338

CN: 708310

**MEMANTINA TEVAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 80339

CN: 708311

**MEMANTINA TEVAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 69333

CN: 659966

**MENINGITEC 1 JERINGA PRECARGADA CON AGUJA  
SUSPENSION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Inmunizacion activa de niños desde los 2 meses de edad, adolescentes y adultos para la prevencion de enfermedades invasivas producidas por Neisseria meningitidis del serogrupo C.  
El uso de Meningitec debera determinarse en base a las recomendaciones oficiales.

---

Nº REG: 79867

CN: 706479

**MENJUGATE 10MCG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,6ML  
SUSPENSION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Inmunizacion activa de niños a partir de los 2 meses de edad, adolescentes y adultos, para la prevencion de la enfermedad invasora causada por Neisseria meningitidis de grupo C.  
El uso de Menjugate debe estar sujeto a las recomendaciones oficiales.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73586

CN: 677430

**MENOPUR 1200UI 1 VIAL + 2 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY**

**INDICACIONES:** Tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones:

- ☐ Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimacion del crecimiento folicular. Induccion de la ovulacion, seguida o no de inseminacion artificial (IA) (anovulacion, incluyendo Sindrome de Ovario PoliQuistico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- ☐ Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples (p.ej. fecundacion in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI), etc.
- ☐ Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinacion con hCG para estimular la espermatogenesis.

Nº REG: 73585

CN: 677431

**MENOPUR 600UI 1 VIAL+1 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY**

**INDICACIONES:** Tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones:

- ☐ Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimacion del crecimiento folicular. Induccion de la ovulacion, seguida o no de inseminacion artificial (IA) (anovulacion, incluyendo Sindrome de Ovario PoliQuistico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- ☐ Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples (p.ej. fecundacion in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI), etc.
- ☐ Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinacion con hCG para estimular la espermatogenesis.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62583

CN: 776476

## MENOPUR 75UI 5 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT

**INDICACIONES:** MENOPUR esta indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones clinicas:

- \* Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimulacion del crecimiento folicular. Induccion de la ovulacion, seguida o no de inseminacion artificial (IA) (anovulacion, incluyendo sindrome de ovario poliquistico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- \* Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en tecnicas de reproduccion asistida (TRA) (p.ej. fecundacion in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI), etc.(NUEVA INDICACION)
- \* Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinacion con hCG para estimular la espermatogenesis.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62583

CN: 776518

**MENOPUR 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** MENOPUR esta indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones clínicas:  
\* Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimulación del crecimiento folicular. Inducción de la ovulación, seguida o no de inseminación artificial (IA) (anovulación, incluyendo síndrome de ovario poliquístico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
\* Hiperestimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA) (p.ej. fecundación in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.(NUEVA INDICACION)  
\* Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

Nº REG: 79761

CN: 706232

**MERIOFERT KIT 150UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYEC**

**INDICACIONES:** Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovarica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

Nº REG: 79761

CN: 706230

**MERIOFERT KIT 150UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovarica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79762

CN: 706233

**MERIOFERT KIT 75UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Induccion de la ovulacion en mujeres con amenorrea o anovulacion que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) en el marco de una tecnica de reproduccion asistida (TRA) medicamento: induccion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida, como la fertilizacion in vitro (FIV).

Nº REG: 79762

CN: 706236

**MERIOFERT KIT 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Induccion de la ovulacion en mujeres con amenorrea o anovulacion que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) en el marco de una tecnica de reproduccion asistida (TRA) medicamento: induccion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida, como la fertilizacion in vitro (FIV).

Nº REG: 70658

CN: 663248

**MICOFENOLATO DE MOFETILO STADA 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenic renal, cardiaco o hepatico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71521

CN: 669209

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ACCORD 250MG 100  
CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** El micofenolato de mofetilo esta indicado, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplantes en pacientes que reciben alotrasplantes renales, cardiacos o hepaticos

---

Nº REG: 72743

CN: 672567

**MICOFENOLATO MOFETILO ACCORD 500MG 50  
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

---

Nº REG: 79324

CN: 704622

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 250MG 100  
CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79323

CN: 704620

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 500MG 50  
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 71151

CN: 672281

**MICOFENOLATO MOFETILO AUROVITAS SPAIN 500MG 50  
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo esta indicado, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, en la profilaxis del rechazo agudo de transplante en pacientes que han recibido un transplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 80224

CN: 707835

**MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 250MG 100  
COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 80225

CN: 707836

**MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 500MG 50  
COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73170

CN: 676435

**MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500MG 50  
COMPR RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticoides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 74562

CN: 683032

**MICOFENOLATO DE MOFETILO KERN PHARMA 500MG 50  
COMPR RECUB PEL EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 69972

CN: 651464

**MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 250MG 100  
CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70003

CN: 651472

**MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 500MG 50  
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de Mofetilo Sandoz esta indicado, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 76128

CN: 691756

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TECNIGEN 500MG 50  
COMPRIMID RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 83675

CN: 724295

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 250MG 100  
CAPSULAS EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 83029

CN: 721385

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 500MG 50  
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato de mofetilo, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74052

CN: 680417

**MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 250MG 100  
COMPRIMID RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato mofetilo NORMON esta indicado, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 74053

CN: 680418

**MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 500MG 50  
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Micofenolato mofetilo NORMON esta indicado, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

Nº REG: 09523001

CN: 663145

**MODIGRAF 0,2MG 50 SOBRES GRANULADO PARA  
SUSPENSION ORAL**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos y pediatricos de aloinjertos renales, hepaticos o de corazon.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos  
inmunosupresores en pacientes adultos y pediatricos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09523002

CN: 663147

**MODIGRAF 1MG 50 SOBRES GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos y pediátricos de aloinjertos renales, hepáticos o de corazón.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos y pediátricos.

---

Nº REG: 09591003

CN: 664343

**MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** MULTAQ está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad, MULTAQ debe prescribirse solo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas.  
MULTAQ no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardíaca.

---

Nº REG: 62698

CN: 808188

**MUSE 1000MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR**

**INDICACIONES:** 1. Tratamiento de la disfunción eréctil, de etiología principalmente orgánica.  
2. Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62697

CN: 808162

**MUSE 500MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR**

**INDICACIONES:** 1. Tratamiento de la disfuncion erectil, de etiologia principalmente organica.  
2. Coadyuvante de otras pruebas para el diagnostico y tratamiento de la disfuncion erectil.

---

Nº REG: 107438006

CN: 700470

**MYFENAX 250MG 100 X 1 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Myfenax, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

---

Nº REG: 107438005

CN: 700471

**MYFENAX 500MG 50 X 1 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Myfenax, en combinacion con ciclosporina y corticosteroides, esta indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogenico renal, cardiaco o hepatico.

---

Nº REG: 66140

CN: 724500

**MYFORTIC 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Myfortic esta indicado en combinacion con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66141

CN: 724617

**MYFORTIC 360MG 50 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Myfortic esta indicado en combinacion con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogenico.

---

Nº REG: 79079

CN: 703766

**NABILA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 83051

CN: 721459

**NABILA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 79080

CN: 703767

**NABILA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113824010

CN: 698119

**NEMDATINE 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 113824016

CN: 698120

**NEMDATINE 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 60303

CN: 692616

**NEOTIGASON 10MG 30 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento de :  
Psoriasis extensa grave, resistente a otros tipos de terapia  
Psoriasis palmo-plantar pustular  
Ictiosis congénita grave  
Enfermedad de Darier grave

Nº REG: 60302

CN: 692624

**NEOTIGASON 25MG 30 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Tratamiento de :  
Psoriasis extensa grave, resistente a otros tipos de terapia  
Psoriasis palmo-plantar pustular  
Ictiosis congénita grave  
Enfermedad de Darier grave

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109525004

CN: 707699

**NIMVASTID 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 109525012

CN: 707700

**NIMVASTID 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 109525018

CN: 707697

**NIMVASTID 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 109525016

CN: 706790

**NIMVASTID 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109525024

CN: 707701

**NIMVASTID 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 109525022

CN: 706791

**NIMVASTID 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69523

CN: 660352

**OCTREOTIDA GP-PHARM 0.05MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG**

- INDICACIONES:**
- Acromegalia  
Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Octreotida GP-PHARM también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
  - Tumores gastroenteropancreáticos  
Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:
    - Tumores carcinoides.
    - VIPomas.
    - Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.Octreotida GP-PHARM no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo en estos pacientes.
  - Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática  
Para la prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.
  - Varices gastro-esofágicas sangrantes  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectados de cirrosis.  
Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico, como es, la escleroterapia endoscópica.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69524

CN: 660353

**OCTREOTIDA GP-PHARM 0,1MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUC INYECT Y PERFUS EFG**

**INDICACIONES:**

- Acromegalia  
Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Octreotida GP-PHARM también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
- Tumores gastroenteropancreáticos  
Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:
  - Tumores carcinoides.
  - VIPomas.
  - Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.Octreotida GP-PHARM no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo en estos pacientes.
- Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática  
Para la prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.
- Varices gastro-esofágicas sangrantes  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectados de cirrosis.  
Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico, como es, la escleroterapia endoscópica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69526

CN: 660355

**OCTREOTIDA GP PHARM 0.5MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG**

- INDICACIONES:**
- Acromegalia  
Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Octreotida GP-PHARM también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
  - Tumores gastroenteropancreáticos  
Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:
    - Tumores carcinoides.
    - VIPomas.
    - Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.Octreotida GP-PHARM no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo en estos pacientes.
  - Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática  
Para la prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.
  - Varices gastro-esofágicas sangrantes  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectados de cirrosis.  
Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico, como es, la escleroterapia endoscópica.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69525

CN: 660354

**OCTREOTIDA GP PHARM 1MG/5ML (0.2MG/ML) 1 VIAL  
5ML SOLUC INYECTAB EFG**

- INDICACIONES:**
- Acromegalia  
Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Octreotida GP-PHARM también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
  - Tumores gastroenteropancreáticos  
Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:
    - Tumores carcinoides.
    - VIPomas.
    - Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.Octreotida GP-PHARM no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo en estos pacientes.
  - Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática  
Para la prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.
  - Varices gastro-esofágicas sangrantes  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectados de cirrosis.  
Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico, como es, la escleroterapia endoscópica.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84225

CN: 726041

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 10MG 1 VIAL POLVO Y  
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neuroendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH:  
cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

---

Nº REG: 84224

CN: 726040

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 20MG 1 VIAL POLVO Y  
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neuroendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH:  
cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84226

CN: 726043

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 30MG 1 VIAL POLVO Y  
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neuroendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH:  
cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

Nº REG: 74584

CN: 683187

**OCTREOTIDA SUN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** Control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de la hormona de crecimiento (GH) y de IGF-1 en pacientes con acromegalia que no están controlados de forma adecuada con la cirugía o la radioterapia. La octreotida también está indicada en pacientes con agromegalia que no son candidatos adecuados o no están predispuestos a la cirugía, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Alivio de los síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos (GEP) funcionales, por ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide (ver sección 5.1).  
La octreotida no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo para estos pacientes.  
Prevención de complicaciones tras la cirugía pancreática.  
Tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes con cirrosis. La octreotida se deberá utilizar asociada con un tratamiento específico como escleroterapia endoscópica.  
Tratamiento de adenomas pituitarios secretores de hormona estimulante del tiroides (TSH):  
- cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia  
- en pacientes para los que la cirugía no es adecuada.  
- en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74582

CN: 683184

**OCTREOTIDA SUN 200MCG/ML 1VIAL 5ML SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** Control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de la hormona de crecimiento (GH) y de IGF-1 en pacientes con acromegalia que no están controlados de forma adecuada con la cirugía o la radioterapia. La octreotida también está indicada en pacientes con agromegalia que no son candidatos adecuados o no están predisuestos a la cirugía, o en el período intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz. Alivio de los síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos (GEP) funcionales, por ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide (ver sección 5.1). La octreotida no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo para estos pacientes. Prevención de complicaciones tras la cirugía pancreática. Tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes con cirrosis. La octreotida se deberá utilizar asociada con un tratamiento específico como escleroterapia endoscópica. Tratamiento de adenomas pituitarios secretores de hormona estimulante del tiroides (TSH):

- cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia
- en pacientes para los que la cirugía no es adecuada.
- en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74585

CN: 683188

**OCTREOTIDA SUN 50MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML**  
**SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** Control sintomatico y reduccion de los niveles plasmaticos de la hormona de crecimiento (GH) y de IGF-1 en pacientes con acromegalia que no estan controlados de forma adecuada con la cirugia o la radioterapia. La octreotida tambien esta indicada en pacientes con agromegalia que no son candidatos adecuados o no estan predispuestos a la cirugia, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz. Alivio de los sintomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreaticos (GEP) funcionales, por ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide (ver seccion 5.1). La octreotida no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo para estos pacientes. Prevencion de complicaciones tras la cirugia pancreatica. Tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofagicas en pacientes con cirrosis. La octreotida se debera utilizar asociada con un tratamiento especificos como escleroterapia endoscopica. Tratamiento de adenomas pituitarios secretores de hormona estimulante del tiroides (TSH):

- cuando la secrecion no se ha normalizado despues de la cirugia y/o la radioterapia
- en pacientes para los que la cirugia no es adecuada.
- en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74583

CN: 683186

**OCTREOTIDA SUN 500MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** Control sintomatico y reduccion de los niveles plasmaticos de la hormona de crecimiento (GH) y de IGF-1 en pacientes con acromegalia que no estan controlados de forma adecuada con la cirugia o la radioterapia. La octreotida tambien esta indicada en pacientes con agromegalia que no son candidatos adecuados o no estan predispuestos a la cirugia, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz. Alivio de los sintomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreaticos (GEP) funcionales, por ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide (ver seccion 5.1). La octreotida no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo para estos pacientes. Prevencion de complicaciones tras la cirugia pancreatica. Tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofagicas en pacientes con cirrosis. La octreotida se debera utilizar asociada con un tratamiento especificos como escleroterapia endoscopica. Tratamiento de adenomas pituitarios secretores de hormona estimulante del tiroides (TSH):

- cuando la secrecion no se ha normalizado despues de la cirugia y/o la radioterapia
- en pacientes para los que la cirugia no es adecuada.
- en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz

Nº REG: 84222

CN: 726038

**OCTREOTIDA TEVA 10MG 1 VIAL POLVO Y DISOLV SUSP  
INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugia no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz. Tratamiento de pacientes con sintomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreaticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide. Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal. Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secrecion no se ha normalizado despues de la cirugia y/o la radioterapia; en pacientes para los que la cirugia no es adecuada; en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84223

CN: 726039

**OCTREOTIDA TEVA 20MG 1 VIAL POLVO Y DISOLV SUSP  
INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

Nº REG: 84221

CN: 726037

**OCTREOTIDA TEVA 30MG 1 VIAL POLVO Y DISOLV SUSP  
INYECT LIB PROLONG EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76400

CN: 692856

**ONDANSETRON ARISTO 4MG 10 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Adultos:  
Ondansetron esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).  
Poblacion pediatrica:  
Ondansetron esta indicado en el control de las nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) en niños mayor o igual a 6 meses, y para la prevencion y tratamiento de NVPO en niños mayor o igual a 1 mes.

---

Nº REG: 76401

CN: 692857

**ONDANSETRON ARISTO 8MG 10 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Adultos:  
Ondansetron esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).  
Poblacion pediatrica:  
Ondansetron esta indicado en el control de las nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) en niños mayor o igual a 6 meses, y para la prevencion y tratamiento de NVPO en niños mayor o igual a 1 mes.

---

Nº REG: 70454

CN: 662256

**ONDANSETRON ARISTO 8MG 15 COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas, y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72468

CN: 671282

**ONDANSETRON BLUEFISH 4MG 10 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Adultos:  
Control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas, Prevencion de nauseas y vomitos postoperatorios en adultos (NVPO).  
Poblacion pediatrica:  
Control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia en niños de >= 6 meses de edad.  
Prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios en niños de >= 1 mes de edad.

---

Nº REG: 72469

CN: 671287

**ONDANSETRON BLUEFISH 8MG 10 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Adultos:  
Control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas, Prevencion de nauseas y vomitos postoperatorios en adultos (NVPO).  
Poblacion pediatrica:  
Control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia en niños de >= 6 meses de edad.  
Prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios en niños de >= 1 mes de edad.

---

Nº REG: 68215

CN: 656451

**ONDANSETRON MYLAN 4MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia citotoxica y radioterapia, y en la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos post-operatorios.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68209

CN: 656438

**ONDANSETRON MYLAN 8MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia, y en la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos post-operatorios.

---

Nº REG: 69378

CN: 660083

**ONDANSETRON NORMON 4MG 15 COMPRIMID RECUB  
PELI EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado para el control de las nauseas y de los vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios.

Nº REG: 69378

CN: 660082

**ONDANSETRON NORMON 4MG 6 COMPRIMID RECUB  
PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado para el control de las nauseas y de los vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios.

---

Nº REG: 69379

CN: 660086

**ONDANSETRON NORMON 8MG 15 COMPRIMID RECUB  
PELI EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado para el control de las nauseas y de los vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69379

CN: 660085

**ONDANSETRON NORMON 8MG 6 COMPRIMID RECUB  
PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado para el control de las nauseas y de los vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios.

---

Nº REG: 79131

CN: 703915

**ONDANSETRON RATIO 4MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Adultos  
Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO). Poblacion pediátrica Ondansetron esta indicado para el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, así como en la prevención y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

Nº REG: 79131

CN: 703916

**ONDANSETRON RATIO 4MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Adultos  
Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO). Poblacion pediátrica Ondansetron esta indicado para el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, así como en la prevención y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79132

CN: 703920

**ONDANSETRON RATIO 8MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Adultos  
Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO). Poblacion pediatrica Ondansetron esta indicado para el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, asi como en la prevencion y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

Nº REG: 79132

CN: 703917

**ONDANSETRON RATIO 8MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Adultos  
Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO). Poblacion pediatrica Ondansetron esta indicado para el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, asi como en la prevencion y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

Nº REG: 66913

CN: 651572

**ONDANSETRON TEVA 4MG 15 COMPRIM RECUBIER  
PELIC EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 66913

CN: 651571

**ONDANSETRON TEVA 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBI  
PELI EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66914

CN: 651574

**ONDANSETRON TEVA 8MG 15 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 66914

CN: 651573

**ONDANSETRON TEVA 8MG 6 COMPRIMID RECUB PELICU  
EFG**

**INDICACIONES:** Ondansetron esta indicado en el tratamiento de las nauseas y vomitos inducidos por la quimioterapia citotoxica y la radioterapia, asi como en la prevencion y el tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 00130002

CN: 903963

**ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 5 JER PRECAR 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Prevencion de los picos prematuros de hormona luteinizante(LH) en mujeres sometidas a hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) para tecnicas de reproduccion asistida (TRA). En ensayos clinicos se utilizo Orgalutran con hormona estimulante del foliculo (FSH) humana recombinante.

Nº REG: 00130001

CN: 903955

**ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 1 JER PRECAR 0,5ML SOL  
INY**

**INDICACIONES:** Prevencion de los picos prematuros de hormona luteinizante(LH) en mujeres sometidas a hiperestimulacion ovarica controlada (HOC) para tecnicas de reproduccion asistida (TRA). En ensayos clinicos se utilizo Orgalutran con hormona estimulante del foliculo (FSH) humana recombinante.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113871001

CN: 705104

**OVALEAP 300UI /0, 5ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS**  
**SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas:  
-Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
-Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
-Ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos:  
-Ovaleap esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

Nº REG: 113871002

CN: 705108

**OVALEAP 450UI /0,75ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS**  
**SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas:  
-Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
-Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
-Ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos:  
-Ovaleap esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113871003

CN: 705109

**OVALEAP 900UI /1,5ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** En mujeres adultas:  
-Anovulacion (incluyendo el sindrome del ovario poliquistico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
-Estimulacion del desarrollo folicular multiple en mujeres sometidas a superovulacion para realizar tecnicas de reproduccion asistida (TRA), tales como la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubarica de gametos y transferencia intratubarica de cigotos.  
-Ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia severa de LH y FSH. En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.  
En varones adultos:  
-Ovaleap esta indicado para estimular la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

Nº REG: 00165008

CN: 677744

**OVITRELLE 250MCG SOL INY ENVASE 1 PLUMA PRECARGADA Y 1 AGUJA INYECC**

**INDICACIONES:** Ovitrelle esta indicado en el tratamiento de:  
▣ Mujeres adultas sometidas a superovulacion para practicar tecnicas de reproduccion asistida, tales como la fertilizacion in vitro (FIV): Ovitrelle se administra para desencadenar la maduracion folicular final y la luteinizacion tras la estimulacion del desarrollo folicular.  
▣ Mujeres adultas con anovulacion u oligovulacion: Ovitrelle se administra para desencadenar la ovulacion y la luteinizacion en mujeres con anovulacion u oligovulacion tras la estimulacion del desarrollo folicular.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84975

CN: 728225

**PARICALCITOL ACCORD 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** En pacientes adultos y en pacientes pediaticos desde 10 a 16 años de edad en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal cronica estadios 3 y 4. Este medicamento esta indicado en pacientes adultos en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal cronica estadio 5, en pacientes sometidos a hemodialisis o a dialisis peritoneal.

---

Nº REG: 80015

CN: 707015

**PARICALCITOL APOTEX 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol Apotex esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4) y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodialisis o dialisis peritoneal.

---

Nº REG: 78812

CN: 702581

**PARICALCITOL CINFA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol cinfa esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4), y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5), tanto en pacientes sometidos a hemodialisis como a dialisis peritoneal.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79099

CN: 703824

**PARICALCITOL NORMON 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol NORMON esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4) y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodialisis o dialisis peritoneal.

---

Nº REG: 78790

CN: 702426

**PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol STADA esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4) y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5) tanto en pacientes sometidos a hemodialisis como a dialisis peritoneal.

---

Nº REG: 76707

CN: 703985

**PARICALCITOL TEVA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol Teva esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4) y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodialisis o dialisis peritoneal.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84455

CN: 726688

**PARICALCITOL VIR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

**INDICACIONES:** Paricalcitol Vir esta indicado en pacientes adultos y en pacientes pediatricos desde 10 a 16 años de edad en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4.  
Paricalcitol Vir esta indicado en pacientes adultos en la prevencion y tratamiento de hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal cronica estadio 5, en pacientes sometidos a hemodialisis o a dialisis peritoneal.

---

Nº REG: 107396004

CN: 719164

**PERGOVERIS (300UI + 150UI)/0,48ML 1 PLUMA PREC  
0,48ML + 5 AGU SOL INYECT**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres adultas con deficit grave de LH y FSH.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

---

Nº REG: 107396005

CN: 719165

**PERGOVERIS (450UI + 225UI)/0,72ML 1 PLUMA PREC  
0,72ML + 7 AGU SOL INYECT**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres adultas con deficit grave de LH y FSH.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107396006

CN: 719166

**PERGOVERIS (900UI + 450UI)/1,44ML 1 PLUMA PREC 1,44ML + 14 AGU SOL INYECT**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres adultas con deficit grave de LH y FSH.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

Nº REG: 07396003

CN: 659374

**PERGOVERIS 150UI/75UI 10 VIALES POLVO + 10 VIALES DISOLVENTE SOLUC INYEC**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado en mujeres con deficit severo de LH y FSH para la estimulacion del desarrollo folicular.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se eligieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.

Nº REG: 107396002

CN: 698447

**PERGOVERIS 150 UI/75 UI 3 VIALES POLVO + 3 VIALES DISOLV SOLUC INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado para la estimulacion del desarrollo folicular en mujeres adultas con deficit severo de LH y FSH.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se definieron por un nivel serico de LH endogena de < 1,2 UI/l.

Nº REG: 07396001

CN: 659373

**PERGOVERIS 150/75UI 1 VIAL POLVO + 1 VIAL DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Pergoveris esta indicado en mujeres con deficit severo de LH y FSH para la estimulacion del desarrollo folicular.  
En los ensayos clinicos, estas pacientes se eligieron por un nivel serico de LH endogena de <1,2 UI/l.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84747

CN: 727648

**PEZIMAX 2MG/ML 1 FRASCO 150ML SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 62418

CN: 741058

**PIROXICAM CINFA 20MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABL  
EFG**

**INDICACIONES:** Piroxicam esta indicado para el alivio sintomatico de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opcion de primera linea en la indicacion de un antiinflamatorio no esteroideo. La decision de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluacion del riesgo global en cada paciente individual.

---

Nº REG: 63189

CN: 888065

**PROGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

---

Nº REG: 61006

CN: 885780

**PROGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 61006

CN: 680645

**PROGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 61005

CN: 680660

**PROGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 198092029

CN: 697689

**PROMETAX 13.3MG/24H 60 SOBRES PARCHE  
TRANSDERMICO**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 198092029

CN: 728324

**PROMETAX 13.3MG/24H 60 PARCHES (2 X 30)  
MULTIENVASE PARCHE TRANSD**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98092021

CN: 728326

**PROMETAX 4.6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98092021

CN: 660179

**PROMETAX 4,6MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98092021

CN: 728325

**PROMETAX 4,6MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98092020

CN: 660178

**PROMETAX 4,6MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 98092025

CN: 660177

**PROMETAX 9,5MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 98092025

CN: 728327

**PROMETAX 9,5MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77762

CN: 698697

**PROTALON 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77763

CN: 698698

**PROTALON 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

Nº REG: 69271

CN: 659872

**PROVOCHOLINE 100MG 6 VIALES 20ML POLVO INHALACION**

**INDICACIONES:** PROVOCHOLINE 100 mg Polvo para inhalacion esta indicado para el diagnostico de la hiper-reactividad de las vias aereas bronquiales en pacientes sin asma clinicamente aparente.

Nº REG: 96008025

CN: 801902

**PUREGON 100UI/0,5ML 10 VIALES SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en las siguientes situaciones clinicas:

- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en programas de reproduccion asistida (por ej.fertilizacion in vitro, transferencia de embriones (IVFET), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion de semen intracitoplasmatica (ICSI).

En el varon: espermatogenesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrofico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96008038

CN: 856120

**PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJ SOL  
INYECC**

**INDICACIONES:** Indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en las siguientes situaciones clinicas:  
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
- Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en programas de reproduccion asistida (por ej.fertilizacion in vitro, transferencia de embriones (IVFET), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion de semen intracitoplasmatica (ICSI).

En el varon: espermatogenesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrofico.

---

Nº REG: 96008039

CN: 856153

**PUREGON 600UI/0,72ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJ SOL  
INYECC**

**INDICACIONES:** Indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en las siguientes situaciones clinicas:  
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
- Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en programas de reproduccion asistida (por ej.fertilizacion in vitro, transferencia de embriones (IVFET), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion de semen intracitoplasmatica (ICSI).

En el varon: espermatogenesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrofico.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96008041

CN: 650216

**PUREGON 900UI/1,08ML 1 CARTUCHO + 9 AGUJ SOL  
INyec**

**INDICACIONES:** En la mujer:  
Indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en las siguientes situaciones clinicas:  
- Anovulacion (incluyendo la enfermedad del ovario poliquistico, PCOD) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
- Hiperestimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en programas de reproduccion asistida (por ej.fertilizacion in vitro/ transferencia de embriones (FIV/TE), transferencia intratubarica de gametos (GIFT) e inyeccion intracitoplasmatica de esperma (ICSI).  
  
En el varon:  
espermatogenesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrofico.

---

Nº REG: 01171013

CN: 665876

**RAPAMUNE 0,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Rapamune esta indicado para la profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos que presentan de bajo a moderado riesgo inmunologico, sometidos a un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinacion con ciclosporina microemulsion y corticosteroides durante un periodo de 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina microemulsion puede interrumpirse progresivamente.  
Rapamune esta indicado para el tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. (NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 01171008

CN: 948919

**RAPAMUNE 1MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos de bajo a moderado riesgo inmunologico, que reciben un transplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinacion con ciclosporina microemulsion y corticosteroides durante 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina puede interrumpirse progresivamente. Rapamune esta indicado para el tratamiento de pacientes con linfangiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 01171001

CN: 876029

**RAPAMUNE 1MG/ML 1 FRASCO 60ML SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos de bajo a moderado riesgo inmunologico, que reciben un transplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinacion con ciclosporina microemulsion y corticosteroides durante 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina puede interrumpirse progresivamente. Rapamune esta indicado para el tratamiento de pacientes con linfangiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 01171009

CN: 724534

**RAPAMUNE 2MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo de organos en pacientes adultos de bajo a moderado riesgo inmunologico, que reciben un transplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinacion con ciclosporina microemulsion y corticosteroides durante 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina puede interrumpirse progresivamente. Rapamune esta indicado para el tratamiento de pacientes con linfangiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. (NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1161150004

CN: 719473

**REKOVELLE 12MCG/0,36ML 1 CARTUCHO 0,36ML + 3 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

**INDICACIONES:** Estimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida (TRA) tales como fecundacion in vitro (FIV) o ciclo de inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI).

Nº REG: 1161150005

CN: 719474

**REKOVELLE 36MCG/1,08ML 1 CARTUCHO 1,08ML + 6 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

**INDICACIONES:** Estimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida (TRA) tales como fecundacion in vitro (FIV) o ciclo de inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI).

Nº REG: 1161150006

CN: 719475

**REKOVELLE 72MCG/2,16ML 1 CARTUCHO 2,16ML + 9 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

**INDICACIONES:** Estimulacion ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida (TRA) tales como fecundacion in vitro (FIV) o ciclo de inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI).

Nº REG: 66651

CN: 650916

**REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA**

**INDICACIONES:** REMINYL esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66652

CN: 650917

**REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA**

**INDICACIONES:** REMINYL esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: BE269473

CN: 721892

**REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA**

**INDICACIONES:** REMINYL esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

Nº REG: 63388

CN: 918284

**REMINYL 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 66650

CN: 650915

**REMINYL 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD**

**INDICACIONES:** REMINYL esta indicado en el tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83150

CN: 721891

**RIVANEX 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83148

CN: 721889

**RIVANEX 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 83148

CN: 721888

**RIVANEX 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83149

CN: 721890

**RIVANEX 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 79255

CN: 704463

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 1,5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79252

CN: 704456

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 3MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79252

CN: 704457

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 3MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79253

CN: 704459

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 4,5MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79253

CN: 704458

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 4,5MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79254

CN: 704462

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 6MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79254

CN: 704461

**RIVASTIGMINA FLAS ALTER 6MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76265

CN: 692375

**RIVASTIGMINA ABABOR 2MG/ML 1 FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 83396

CN: 723503

**RIVASTIGMINA APOTEX 13,3MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71781

CN: 664461

**RIVASTIGMINA APOTEX 2MG/ML FRASCO 120ML  
SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 77436

CN: 697685

**RIVASTIGMINA APOTEX 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 77436

CN: 697684

**RIVASTIGMINA APOTEX 4,6MG/ 24H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77447

CN: 697762

**RIVASTIGMINA APOTEX 9,5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76596

CN: 693625

**RIVASTIGMINA ARISTO 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76596

CN: 693624

**RIVASTIGMINA ARISTO 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76596

CN: 693623

**RIVASTIGMINA ARISTO 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 76597

CN: 693628

**RIVASTIGMINA ARISTO 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76597

CN: 693627

**RIVASTIGMINA ARISTO 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76598

CN: 693631

**RIVASTIGMINA ARISTO 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76598

CN: 693632

**RIVASTIGMINA ARISTO 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 78429

CN: 701350

**RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 78429

CN: 701349

**RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 76613

CN: 693694

**RIVASTIGMINA ARISTO 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76613

CN: 693695

**RIVASTIGMINA ARISTO 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 78430

CN: 701354

**RIVASTIGMINA ARISTO 9.5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 84206

CN: 725985

**RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4.6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 84206

CN: 725987

**RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4.6MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 84207

CN: 725990

**RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 9.5MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80657

CN: 709989

**RIVASTIGMINA CINFA 13,3MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 71816

CN: 664496

**RIVASTIGMINA CINFA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL  
EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 80656

CN: 709987

**RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 80656

CN: 709988

**RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80659

CN: 709995

**RIVASTIGMINA CINFA 9,5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75117

CN: 680024

**RIVASTIGMINA COMBIX 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 75117

CN: 680027

**RIVASTIGMINA COMBIX 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS  
EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 75117

CN: 680026

**RIVASTIGMINA COMBIX 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71777

CN: 664462

**RIVASTIGMINA COMBIX 2MG/ML FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 73990

CN: 680022

**RIVASTIGMINA COMBIX 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 73990

CN: 680023

**RIVASTIGMINA COMBIX 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 73992

CN: 680030

**RIVASTIGMINA COMBIX 4.5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73992

CN: 680031

**RIVASTIGMINA COMBIX 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 73996

CN: 680088

**RIVASTIGMINA COMBIX 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 73996

CN: 680087

**RIVASTIGMINA COMBIX 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 76130

CN: 691761

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76055

CN: 691342

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 2MG/ML FRASCO 125ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76126

CN: 691751

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76129

CN: 691759

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76127

CN: 691753

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 6MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75562

CN: 688236

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 1,5MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79930

CN: 706755

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 71778

CN: 664463

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 2MG/ML FRASCO 120ML  
SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75563

CN: 688239

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 75563

CN: 688240

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 75566

CN: 688244

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4.5MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 75566

CN: 688245

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4.5MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77244

CN: 697191

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 77244

CN: 697192

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave

Nº REG: 75567

CN: 688247

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 75567

CN: 688248

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 77243

CN: 697190

**RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9, 5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82914

CN: 720897

**RIVASTIGMINA LORIEN 13,3MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 82915

CN: 720899

**RIVASTIGMINA LORIEN 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 82915

CN: 720898

**RIVASTIGMINA LORIEN 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 82916

CN: 720900

**RIVASTIGMINA LORIEN 9,5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78249

CN: 700735

**RIVASTIGMINA MYLAN PHARMACEUTICALS 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSD EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 78249

CN: 700734

**RIVASTIGMINA MYLAN PHARMACEUTICALS 4,6MG/24H 30 PARCH TRANSER EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 78250

CN: 700739

**RIVASTIGMINA MYLAN PHARMACEUTICALS 9,5MG/24H 60 PARCHES TRANSD EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 76049

CN: 691323

**RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76049

CN: 691325

**RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71913

CN: 664868

**RIVASTIGMINA NORMON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76050

CN: 691327

**RIVASTIGMINA NORMON 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76050

CN: 691330

**RIVASTIGMINA NORMON 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76051

CN: 691332

**RIVASTIGMINA NORMON 4.5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76051

CN: 691334

**RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 76052

CN: 691339

**RIVASTIGMINA NORMON 6MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76052

CN: 691336

**RIVASTIGMINA NORMON 6MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 79976

CN: 706901

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77623

CN: 698327

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRASDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 77623

CN: 698328

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRASDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 77613

CN: 698266

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 9,5MG/24H 60 PARCHES TRASDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 09599001

CN: 691483

**RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 09599002

CN: 691484

**RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599003

CN: 691482

**RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79953

CN: 706823

**RIVASTIGMINA SANDOZ 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 09599018

CN: 665804

**RIVASTIGMINA SANDOZ 2MG/ML 1 FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 09599007

CN: 691488

**RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599006

CN: 691489

**RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 09599010

CN: 691549

**RIVASTIGMINA SANDOZ 4.5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 09599011

CN: 691551

**RIVASTIGMINA SANDOZ 4.5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 78601

CN: 701903

**RIVASTIGMINA SANDOZ 4.6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 78601

CN: 701902

**RIVASTIGMINA SANDOZ 4.6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599014

CN: 691552

**RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 09599015

CN: 691490

**RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 78600

CN: 701901

**RIVASTIGMINA SANDOZ 9.5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 72970

CN: 675922

**RIVASTIGMINA STADA 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72970

CN: 675925

**RIVASTIGMINA STADA 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 79431

CN: 704922

**RIVASTIGMINA STADA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

Nº REG: 71945

CN: 664873

**RIVASTIGMINA STADA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 72977

CN: 675937

**RIVASTIGMINA STADA 3MG 112 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72977

CN: 675945

**RIVASTIGMINA STADA 3MG 56 CAPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 72976

CN: 676181

**RIVASTIGMINA STADA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 72976

CN: 676184

**RIVASTIGMINA STADA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 77306

CN: 697305

**RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina STADA parches transdermicos esta indicado en adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77306

CN: 697307

**RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina STADA parches transdermicos esta indicado en adultos.

---

Nº REG: 72975

CN: 676158

**RIVASTIGMINA STADA 6MG 56 CAPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 72975

CN: 676161

**RIVASTIGMINA STADA 6MG 112 CAPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 77307

CN: 697309

**RIVASTIGMINA STADA 9,5 MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina STADA parches transdermicos esta indicado en adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77355

CN: 697483

**RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 79977

CN: 706908

**RIVASTIGMINA TEVA 13.3MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77308

CN: 697311

**RIVASTIGMINA TEVA 4.6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdermicos esta indicado en adultos.

Nº REG: 77308

CN: 697310

**RIVASTIGMINA TEVA 4.6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdermicos esta indicado en adultos.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77309

CN: 697312

**RIVASTIGMINA TEVA 9,5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdermicos esta indicado en adultos.

Nº REG: 72123

CN: 665148

**RIVASTIGMINA UMANUS 2MG/ML FRASCO 120ML  
JERINGA DOSIF SOL ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76267

CN: 692387

**RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76267

CN: 692388

**RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76267

CN: 692389

**RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71779

CN: 664459

**RIVASTIGMINA VIR 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76268

CN: 692393

**RIVASTIGMINA VIR 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76268

CN: 692391

**RIVASTIGMINA VIR 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76269

CN: 692396

**RIVASTIGMINA VIR 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76269

CN: 692395

**RIVASTIGMINA VIR 4.5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 76270

CN: 692399

**RIVASTIGMINA VIR 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

Nº REG: 76270

CN: 692398

**RIVASTIGMINA VIR 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomatico de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica.

---

Nº REG: 55973

CN: 95526

**ROCALTROL 0.25MCG 20 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Enfermedades relacionadas con la incapacidad de sintesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55974

CN: 955534

**ROCALTROL 0.5MCG 20 CAPSULAS**

**INDICACIONES:** Enfermedades relacionadas con la incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo.

Nº REG: 62999

CN: 864074

**ROFERON-A 3MUI 6 JERINGAS PRECARGADAS 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

**INDICACIONES:**

- Tricoleucemia
- Fase cronica de la leucemia mieloide cronica con cromosoma Filadelfia positivo.
- Linfoma cutaneo de celulas T. El interferon alfa-2a (Roferon-A) puede ser activo en los pacientes con enfermedad progresiva y que no toleran o no responden a la terapia convencional.
- Pacientes adultos con hepatitis B cronica histologicamente probada que presentan marcadores de replicacion virica; es decir, con positividad para el ADN del VHB o el antígeno Hbe.
- Pacientes adultos con hepatitis C cronica histologicamente probada con anticuerpos anti-VHC o RNA del VHC y niveles sericos elevados de alanina aminotransferasa (ALT), sin descompensacion hepatica.

La eficacia de interferon alfa-2a en el tratamiento de la hepatitis C aumenta al combinarse con ribavirina. Roferon-A debe administrarse en monoterapia fundamentalmente en caso de intolerancia o contraindicacion a la ribavirina.

- Linfoma No-Hodgkin Folicular.
- Carcinoma avanzado de celulas renales.
- Pacientes con melanoma maligno, estadio II de la escala AJCC (profundidad tumoral de Breslow > 1,5 mm, sin nodulos linfaticos afectados, ni diseminacion cutanea), libres de enfermedad despues de cirugia.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62994

CN: 863183

**ROFERON-A 9MUI 6 JERINGAS PRECARGADAS 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

- INDICACIONES:**
- Tricoleucemia
  - Fase cronica de la leucemia mieloide cronica con cromosoma Filadelfia positivo.
  - Linfoma cutaneo de celulas T. El interferon alfa-2a (Roferon-A) puede ser activo en los pacientes con enfermedad progresiva y que no toleran o no responden a la terapia convencional.
  - Pacientes adultos con hepatitis B cronica histologicamente probada que presentan marcadores de replicacion virica; es decir, con positividad para el ADN del VHB o el antígeno Hbe.
  - Pacientes adultos con hepatitis C cronica histologicamente probada con anticuerpos anti-VHC o RNA del VHC y niveles sericos elevados de alanina aminotransferasa (ALT), sin descompensacion hepatica. La eficacia de interferon alfa-2a en el tratamiento de la hepatitis C aumenta al combinarse con ribavirina. Roferon-A debe administrarse en monoterapia fundamentalmente en caso de intolerancia o contraindicacion a la ribavirina.
  - Linfoma No-Hodgkin Folicular.
  - Carcinoma avanzado de celulas renales.
  - Pacientes con melanoma maligno, estadio II de la escala AJCC (profundidad tumoral de Breslow > 1,5 mm, sin nodulos linfaticos afectados, ni diseminacion cutanea), libres de enfermedad despues de cirugia.

---

Nº REG: 112766001

CN: 698424

**SANCUSO 3.1MG/24H 1 PARCHE TRANSDERMICO**

- INDICACIONES:** SANCUSO parche transdermico esta indicado en adultos para la prevencion de las nauseas y los vomitos asociados a quimioterapia moderada o altamente emetogenica, durante un tiempo previsto de 3 a 5 dias consecutivos, cuando la administracion de antiemeticos orales es complicada debido a factores que dificultan la deglucion (ver seccion 5.1).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60320

CN: 653825

**SANDIMMUN NEORAL 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de organos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazon-pulmon, pulmon y pancreas.

Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.

Trasplante de medula osea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea.

Profilaxis y tratamiento de la

enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveitis endogena

- Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de perdida de vision.

- Uveitis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral esta indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional, topica y sistematica, resulta ineficaz o inadecuada.

El medico debiera valorar la relacion beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Sindrome nefrotico

Sandimmun Neoral esta indicado en el Sindrome Nefrotico secundario a nefropatia de cambios

minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atopica

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica severa cuando se

requiera una terapia sistematica.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56799

CN: 653833

**SANDIMMUN NEORAL 100MG/ML SOLUCION ORAL 50ML**

## INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de organos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazon-pulmon, pulmon y pancreas.

Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.

Trasplante de medula osea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea.

Profilaxis y tratamiento de la

enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveitis endogena

- Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de perdida de vision.

- Uveitis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral esta indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional, topica y sistematica, resulta ineficaz o inadecuada.

El medico debiera valorar la relacion beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Sindrome nefrotico

Sandimmun Neoral esta indicado en el Sindrome Nefrotico secundario a nefropatia de cambios

minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atopica

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica severa cuando se

requiera una terapia sistematica.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60319

CN: 653809

**SANDIMMUN NEORAL 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de organos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazon-pulmon, pulmon y pancreas.

Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.

Trasplante de medula osea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea.

Profilaxis y tratamiento de la

enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveitis endogena

- Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de perdida de vision.

- Uveitis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral esta indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional, topica y sistematica, resulta ineficaz o inadecuada.

El medico debiera valorar la relacion beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Sindrome nefrotico

Sandimmun Neoral esta indicado en el Sindrome Nefrotico secundario a nefropatia de cambios

minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atopica

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica severa cuando se

requiera una terapia sistematica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60318

CN: 653817

**SANDIMMUN NEORAL 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

### INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de organos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogenicos de riñon, higado, corazon, corazon-pulmon, pulmon y pancreas.

Tratamiento del rechazo de trasplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.

Trasplante de medula osea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de medula osea.

Profilaxis y tratamiento de la

enfermedad del injerto contra el huesped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveitis endogena

- Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de perdida de vision.

- Uveitis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral esta indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional, topica y sistematica, resulta ineficaz o inadecuada.

El medico debiera valorar la relacion beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Sindrome nefrotico

Sandimmun Neoral esta indicado en el Sindrome Nefrotico secundario a nefropatia de cambios

minimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atopica

Sandimmun Neoral esta indicado para el tratamiento de la dermatitis atopica severa cuando se

requiera una terapia sistematica.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59559

CN: 990499

**SANDOSTATIN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION**

- INDICACIONES:**
- Acromegalia:  
Para el control sintomatico y reduccion de los niveles plasmaticos de hormona del crecimiento y somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Sandostatin tambien esta indicado en pacientes acromegalicos que presentan malas condiciones fisicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervencion quirurgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
  - Tumores gastroenteropancreaticos:  
Para la mejoria de los sintomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreaticos:
    - tumores carcinoides
    - VIPomas
    - otros tumores gastroenteropancreaticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.
  - Prevencion de las complicaciones surgidas tras la cirugia pancreatica.
  - Varices gastro-esofagicas sangrantes:  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofagicas en pacientes afectos de cirrosis.

Nº REG: 59561

CN: 772657

**SANDOSTATIN 50MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION**

- INDICACIONES:**
- Acromegalia:  
Para el control sintomatico y reduccion de los niveles plasmaticos de hormona del crecimiento y somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Sandostatin tambien esta indicado en pacientes acromegalicos que presentan malas condiciones fisicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervencion quirurgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.
  - Tumores gastroenteropancreaticos:  
Para la mejoria de los sintomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreaticos:
    - tumores carcinoides
    - VIPomas
    - otros tumores gastroenteropancreaticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.
  - Prevencion de las complicaciones surgidas tras la cirugia pancreatica.
  - Varices gastro-esofagicas sangrantes:  
En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofagicas en pacientes afectos de cirrosis.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62139

CN: 658708

**SANDOSTATIN LAR 10MG 1 VIAL POLVO Y DISOV PARA SUSP INYECTABLE**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

Nº REG: 62140

CN: 658690

**SANDOSTATIN LAR 20MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62141

CN: 658682

**SANDOSTATIN LAR 30MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.  
Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.  
Tratamiento de pacientes con tumores neuroendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.  
Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;  
en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;  
en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

---

Nº REG: 73005

CN: 676229

**SETOFILM 4MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG**

**INDICACIONES:** Setofilm está indicado para:

- La profilaxis de las náuseas y los vómitos agudos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplásica de potencial emetogénico moderado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos tardíos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplásica de potencial emetogénico moderado o elevado en adultos.
- El tratamiento de las náuseas y los vómitos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplásica en niños de edad igual o superior a 6 meses.
- La profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos agudos y tardíos inducidos por el uso de radioterapia antineoplásica de potencial emetogénico elevado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos posoperatorios (NVPO) en adultos y niños de edad igual o superior a 4 años.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73006

CN: 676232

**SETOFILM 8MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG**

**INDICACIONES:** Setofilm esta indicado para:

- La profilaxis de las nauseas y los vomitos agudos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplasica de potencial emetogeno moderado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las nauseas y los vomitos tardios inducidos por el uso de quimioterapia antineoplasica de potencial emetogeno moderado o elevado en adultos.
- El tratamiento de las nauseas y los vomitos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplasica en niños de edad igual o superior a 6 meses.
- La profilaxis y el tratamiento de las nauseas y los vomitos agudos y tardios inducidos por el uso de radioterapia antineoplasica de potencial emetogeno elevado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las nauseas y los vomitos posoperatorios (NVPO) en adultos y niños de edad igual o superior a 4 años.

---

Nº REG: 112753013

CN: 705272

**SIGNIFOR 20MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT**

**INDICACIONES:** Financiacion restringida unicamente a la indicacion: el tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugia no es una opcion o no ha sido curativa y que no estan adecuadamente controlados con el tratamiento con otro analogo de somatostatina. Por tanto, es una alternativa farmacologica cuando los actuales analogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia.

---

Nº REG: 112753014

CN: 705278

**SIGNIFOR 40MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT**

**INDICACIONES:** Financiacion restringida unicamente a la indicacion: el tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugia no es una opcion o no ha sido curativa y que no estan adecuadamente controlados con el tratamiento con otro analogo de somatostatina. Por tanto, es una alternativa farmacologica cuando los actuales analogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 112753016

CN: 705279

**SIGNIFOR 60MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y  
DISOLVENTE SUSP INYECT**

**INDICACIONES:** Financiacion restringida unicamente a la indicacion: el tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugia no es una opcion o no ha sido curativa y que no estan adecuadamente controlados con el tratamiento con otro analogo de somatostatina. Por tanto, es una alternativa farmacologica cuando los actuales analogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia.

Nº REG: 1171201004

CN: 718536

**SKILARENCE 120MG 180 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de los pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no este recomendada la terapia sistematica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

Nº REG: 1171201004

CN: 718535

**SKILARENCE 120MG 90 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de los pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no este recomendada la terapia sistematica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171201001

CN: 718534

**SKILARENCE 30MG 42 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de los pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no este recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

Nº REG: 60914

CN: 682211

**SOMATULINA 30MG/VIAL 1 INYECTABLE 2ML  
SUSPENSION**

**INDICACIONES:** -Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.  
-Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).  
NUEVA INDICACION: Tratamiento de adenomas hipofisarios productores de tirotrópina responsables de hipertiroidismo en los casos donde este contraindicada la cirugía y/o tras el fracaso de los tratamientos habituales (cirugía y radioterapia).

Nº REG: 64839

CN: 700643

**SOMATULINA AUTOGEL 120MG 1 JER PRECARGADA  
0,5ML SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** -Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.  
-Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).  
-Tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (índice Ki67 hasta 10%) de intestino medio, páncreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irresecable o metastásica (ver sección 5.1)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64837

CN: 767913

**SOMATULINA AUTOGEL 60MG 1 JER PRECARGADA  
0,3ML SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** -Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.  
-Tratamiento de los sintomas clinicos asociados a los tumores neuroendocrinos ( tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).  
-Tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreaticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (indice Ki67 hasta10%) de intestino medio, pancreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irresecable o metastasica(ver seccion 5.1).(NUEVA INDICACION)

Nº REG: 64838

CN: 767970

**SOMATULINA AUTOGEL 90MG 1 JER PRECARGADA  
0,3ML SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** -Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.  
-Tratamiento de los sintomas clinicos asociados a los tumores neuroendocrinos ( tumores carcinoides, VIPomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).  
-Tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreaticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (indice Ki67 hasta10%) de intestino medio, pancreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irresecable o metastasica(ver seccion 5.1).(NUEVA INDICACION)

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02240001

CN: 878249

**SOMAVERT 10MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación o en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.

---

Nº REG: 02240002

CN: 878322

**SOMAVERT 15MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación o en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.

---

Nº REG: 02240003

CN: 878355

**SOMAVERT 20MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación o en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 102240010

CN: 708217

**SOMAVERT 25MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE  
PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones del factor de crecimiento insulínico tipo I (IGF-I) o no haya sido tolerado.

---

Nº REG: 102240012

CN: 708257

**SOMAVERT 30MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE  
PARA SOLUCION INYECT**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones del factor de crecimiento insulínico tipo I (IGF-I) o no haya sido tolerado.

---

Nº REG: 06359001

CN: 658107

**SUBOXONE 2/0,5MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitución de la dependencia de opiáceos, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico. La función del principio activo naloxona es impedir su administración incorrecta por vía intravenosa. El tratamiento está indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años de edad que hayan aceptado ser tratados de su adicción.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06359003

CN: 658108

**SUBOXONE 8/2MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitucion de la dependencia de opiaceos, en el marco de un tratamiento medico, social y psicologico. La funcion del principio activo naloxona es impedir su administracion incorrecta por via intravenosa. El tratamiento esta indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años de edad que hayan aceptado ser tratados de su adiccion.

Nº REG: 106359004

CN: 701187

**SUBOXONE 8/2MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

**INDICACIONES:** Tratamiento de sustitucion de la dependencia de opioides, en el marco de un tratamiento medico, social y psicologico. La intencion del componente de naloxona es disuadir del uso inadecuado por via intravenosa. El tratamiento esta indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por su adiccion.

Nº REG: 1171244002

CN: 721247

**TACFORIUS 0.5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171244008

CN: 721249

**TACFORIUS 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 1171244008

CN: 721248

**TACFORIUS 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 1171244016

CN: 721250

**TACFORIUS 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

---

Nº REG: 1171244022

CN: 721244

**TACFORIUS 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepaticos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73278

CN: 672506

**TACNI 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73276

CN: 672815

**TACNI 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73276

CN: 672814

**TACNI 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73277

CN: 677341

**TACNI 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73744

CN: 675494

**TACROLIMUS STADA 0.5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73745

CN: 675605

**TACROLIMUS STADA 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

**INDICACIONES:** Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepaticos, renales o cardiacos.  
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 97044003

CN: 666362

**TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA**

**INDICACIONES:** Tasmar esta indicado en combinacion con levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson idiopatica sensibles a levodopa y con fluctuaciones motoras, que no responden o son intolerantes a otros inhibidores de la COMT. Debido al riesgo de daño hepatico agudo, potencialmente mortal, Tasmar no se debe considerar como un tratamiento de primera linea complementario a levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa. Si no se observan beneficios clinicos considerables dentro de las 3 semanas posteriores al inicio del tratamiento, se debe interrumpir el tratamiento con Tasmar.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63680

CN: 720672

**TICLOPIDINA CINFA 250MG 50 COMP RECUB EFG**

- INDICACIONES:**
- Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como accidente isquemico transitorio, deficit neurologico isquemico reversible, ictus menor o infarto cerebral completo, cuando haya intolerancia y/o el acido acetilsalicilico no sea adecuado.
  - Prevencion de los accidentes tromboembolicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatia cronica obliterante de los miembros inferiores en estadio de claudicacion intermitente.
  - Prevencion y correccion de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorporeos: cirugia con circulacion extracorporea y hemodialisis cronica.
  - Prevencion de la progresion del numero de microaneurismas en diabeticos insulino-dependientes con retinopatia inicial.
  - Prevencion de oclusiones tras procedimientos quirurgicos coronarios:
    - en cirugia de derivacion aortocoronaria.
    - en angioplastia coronaria transluminal percutanea con colocacion de protesis endovascular(STENT).

---

Nº REG: 54709

CN: 665653

**TIKLID 250MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

- INDICACIONES:**
- Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como accidente isquemico transitorio, deficit neurologico isquemico reversible, ictus menor o infarto cerebral completo, cuando haya intolerancia y/o el acido acetilsalicilico no sea adecuado.
  - Prevencion de los accidentes tromboembolicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatia cronica obliterante de los miembros inferiores en estadio de claudicacion intermitente.
  - Prevencion y correccion de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorporeos: cirugia con circulacion extracorporea y hemodialisis cronica.
  - Prevencion de la progresion del numero de microaneurismas en diabeticos insulino-dependientes con retinopatia inicial.
  - Prevencion de oclusiones tras procedimientos quirurgicos coronarios:
    - en cirugia de derivacion aortocoronaria.
    - en angioplastia coronaria transluminal percutanea con colocacion de protesis endovascular(STENT).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70843

CN: 662790

**TOCTINO 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Toctino esta indicado en adultos con eczema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrotico (ver seccion 5.1).

---

Nº REG: 70844

CN: 662792

**TOCTINO 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Toctino esta indicado en adultos con eczema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrotico (ver seccion 5.1).

---

Nº REG: 59124

CN: 893586

**URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por via sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan via intravenosa. Esta especialidad esta indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, enfermedades de los organos internos, enfermedades cutáneas. También la inmunosupresion tras transplantes y como coadyuvante en los tratamientos con citostaticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la enfermedad de Addison y tras adrenalectomia.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 49386

CN: 656716

**URINORM 100MG 30 COMPRIMIDOS**

**INDICACIONES:** Urinorm es un medicamento hepatotxico y por tanto esta indicado unicamente en pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con alopurinol en alguna de las siguientes situaciones:

- Pacientes con gota severa (gota poliarticular o gota tofacea) en los que es imprescindible el control de la hiperuricemia
- Hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina superior a 20 ml/min
- Hiperuricemia en pacientes con transplante renal

Urinorm es una especialidad de Diagnostico Hospitalario, por lo que los tratamientos con esta especialidad unicamente deben ser iniciados por medicos especialistas en reumatologia o nefrologia.

---

Nº REG: 78036

CN: 699844

**UXAMAX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 78035

CN: 699843

**UXAMAX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77743

CN: 698654

**UXAZEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderada.

Nº REG: 77742

CN: 698651

**UXAZEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderada.

Nº REG: 73785

CN: 677422

**VANCOMICINA PFIZER 1000MG 1 VIAL POLVO CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG**

**INDICACIONES:** La vancomicina intravenosa esta indicada en las siguientes infecciones graves causadas por bacterias grampositivas sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibioticos, como penicilinas o cefalosporinas

- endocarditis
- infecciones oseas (osteomielitis)
- neumonia
- infecciones de tejidos blandos

En los casos en que se considere adecuado, la vancomicina se debe administrar junto con otros agentes antibacterianos. Esto se aplica especialmente en el tratamiento de la endocarditis.

La vancomicina puede utilizarse para la profilaxis perioperatoria contra la endocarditis bacteriana en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando son sometidos a intervenciones quirurgicas mayores (por ejemplo, intervenciones cardiacas y vasculares) y no se les puede administrar un agente antibacteriano betalactamico apropiado. Deben tenerse en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos.

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73784

CN: 677421

**VANCOMICINA PFIZER 500MG 1 VIAL POLVO CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG**

**INDICACIONES:** La vancomicina intravenosa esta indicada en las siguientes infecciones graves causadas por bacterias grampositivas sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibioticos, como penicilinas o cefalosporinas

- endocarditis
- infecciones oseas (osteomielitis)
- neumonia
- infecciones de tejidos blandos

En los casos en que se considere adecuado, la vancomicina se debe administrar junto con otros agentes antibacterianos. Esto se aplica especialmente en el tratamiento de la endocarditis.

La vancomicina puede utilizarse para la profilaxis perioperatoria contra la endocarditis bacteriana en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando son sometidos a intervenciones quirurgicas mayores (por ejemplo, intervenciones cardiacas y vasculares) y no se les puede administrar un agente antibacteriano betalactamico apropiado. Deben tenerse en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67283

CN: 652804

**VANCOMICINA SALA 1G 1 VIAL POLVO SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** VANCOMICINA polvo para solucion inyectable, esta indicado en el tratamiento de las siguientes infecciones causadas por microorganismos sensibles a vancomicina :

- Endocarditis,
- Septicemia,
- Infecciones oseas,
- Infecciones de las vias respiratorias inferiores,
- Infecciones no complicadas de la piel y tejidos blandos.

VANCOMICINA polvo para solucion inyectable, puede administrarse por via oral para el tratamiento de la colitis pseudomembranosa relacionada con el uso de antibioticos causada por Clostridium difficile y para la enterocolitis estafilococica.

Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes al uso y prescripcion adecuados de los antibioticos.

---

Nº REG: 67282

CN: 652803

**VANCOMICINA SALA 500MG 1 VIAL POLVO SOLUCION INYECTABLE EFG**

**INDICACIONES:** VANCOMICINA polvo para solucion inyectable, esta indicado en el tratamiento de las siguientes infecciones causadas por microorganismos sensibles a vancomicina :

- Endocarditis,
- Septicemia,
- Infecciones oseas,
- Infecciones de las vias respiratorias inferiores,
- Infecciones no complicadas de la piel y tejidos blandos.

VANCOMICINA , polvo para solucion inyectable, puede administrarse por via oral para el tratamiento de la colitis pseudomembranosa relacionada con el uso de antibioticos causada por Clostridium difficile y para la enterocolitis estafilococica.

Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes al uso y prescripcion adecuados de los antibioticos.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56108

CN: 957449

**VEPESID 100MG 10 CAPSULAS BLANDAS**

- INDICACIONES:** Tratamiento de las siguientes neoplasias:
- tumores testiculares en primera linea de tratamiento, en regimenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirurgicos y/o radioterapicos adecuados.
  - tumores testiculares refractarios: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugia, quimioterapia y radioterapia adecuadas.
  - carcinoma microcitico de pulmon: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etoposido puede ser tambien eficaz en otros tipos histologicos de carcinoma de pulmon)
  - enfermedad de Hodgkin
  - linfomas malignos (no hodgkinianos)
  - leucemia aguda monocitica y mielomonocitica)
  - Cancer ovarico (NUEVA INDICACION):
- Vepesid esta indicado en combinacion con otros farmacos quimioterapeuticos aprobados para el tratamiento del cancer ovarico no epitelial en adultos.
- Vepesid esta indicado para el tratamiento del cancer ovarico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56488

CN: 962712

**VEPESID 50MG 20 CAPSULAS BLANDAS**

- INDICACIONES:** Tratamiento de las siguientes neoplasias:
- tumores testiculares en primera linea de tratamiento, en regimenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirurgicos y/o radioterapicos adecuados.
  - tumores testiculares refractarios: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugia, quimioterapia y radioterapia adecuadas.
  - carcinoma microcitico de pulmon: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etoposido puede ser tambien eficaz en otros tipos histologicos de carcinoma de pulmon)
  - enfermedad de Hodgkin
  - linfomas malignos (no hodgkinianos)
  - leucemia aguda monocitica y mielomonocitica)
  - Cancer ovarico (NUEVA INDICACION)
- Vepesid esta indicado en combinacion con otros farmacos quimioterapeuticos aprobados para el tratamiento del cancer ovarico no epitelial en adultos.
- Vepesid esta indicado para el tratamiento del cancer ovarico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.
-

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 65396

CN: 700700

### **VESANOID 10MG 100 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Vesanoid (tretinoína) está indicado en combinación con el trióxido de arsénico o quimioterapia para el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda (LPA) en pacientes de nuevo diagnóstico, recidivantes o refractarios a la quimioterapia (ver sección 4.2 y 5.1).

#### **Regímenes de tratamiento**

La combinación de tretinoína con quimioterapia o trióxido de arsénico es conocida por ser eficaz e inducir tasas muy altas de remisión hematológica en pacientes con casos de LPA confirmados genéticamente, es decir, los pacientes cuyos blastocitos albergan la t(15:17) por cariotipo o FISH o la fusión PML-RARα detectada por PCR. Por lo tanto, la confirmación del diagnóstico genético es obligatoria. El tratamiento combinado con trióxido de arsénico ha mostrado ser una opción de tratamiento efectivo en pacientes de reciente diagnóstico con riesgo bajo-medio de LPA. Sin embargo, como la LPA se caracteriza por un alto riesgo de muerte hemorrágica temprana, las recomendaciones actuales indican que el tratamiento temprano con tretinoína se inicie tan pronto como sea posible ante un caso de sospecha morfológica.

Para seleccionar la estrategia de tratamiento debe tenerse en cuenta el riesgo de recaída, indicado mediante recuento pre-terapéutico de glóbulos blancos (RGB) y el recuento de plaquetas (puntuación Sanz) con alto riesgo (RGB > 10x10<sup>9</sup>/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10<sup>9</sup>/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas > 40x10<sup>9</sup>/L).

---

Nº REG: 04295001

CN: 650588

### **XAGRID 0,5MG 1 FRASCO 100 CAPSULAS DURAS**

**INDICACIONES:** Xagrid está indicado para la reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial que no toleran el tratamiento que están siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.

#### **Paciente de riesgo**

Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una o más de las siguientes características:

>60 años de edad o

recuento de plaquetas >1000 x 10<sup>9</sup> (elevado a 9) / l o

antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73394

CN: 679010

**YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 10159-2017-05

CN: 725882

**YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74560

CN: 683012

**YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve amoderadamente grave.

Nº REG: 2033-2009-04

CN: 719541

**YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73393

CN: 678999

**YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal comprimidos bucodispersables esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 2032-2009-04

CN: 719557

**YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74561

CN: 683023

**YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

**INDICACIONES:** Yasnal esta indicado para el tratamiento sintomatico de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 60404

CN: 690917

**YATROX 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** YATROX (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 60404

CN: 690925

**YATROX 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** YATROX (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60405

CN: 690909

**YATROX 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** YATROX (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 60405

CN: 690891

**YATROX 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

**INDICACIONES:** YATROX (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 68022

CN: 656002

**ZEMPLAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS**

**INDICACIONES:** Zemplar esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4), y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodialisis o dialisis peritoneal.

Nº REG: 62944

CN: 855288

**ZOFRAN ZYDIS 4MG 10 LIOFILIZADOS ORALES**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

# RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62945

CN: 855296

**ZOFRAN ZYDIS 8MG 10 LIOFILIZADOS ORALES**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 59069

CN: 692020

**ZOFRAN 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 59069

CN: 692038

**ZOFRAN 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

## RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59070

CN: 692046

**ZOFRAN 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 59070

CN: 692053

**ZOFRAN 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

**INDICACIONES:** ZOFRAN (ondansetron) esta indicado en el control de nauseas y vomitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotoxicas y para la prevencion y tratamiento de nauseas y vomitos postoperatorios (NVPO).

---