

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: 85584

CN: 729805

ACNISDIN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG

INDICACIONES: Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistematica y cutanea.

Nº REG: 85585

CN: 729809

ACNISDIN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG

INDICACIONES: Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistematica y cutanea.

Nº REG: 85748

CN: 730310

ACNISDIN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS

INDICACIONES: Formas graves de acne (por ejemplo, acne nodular o conglobata o acne con riesgo de cicatrizacion permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistematica y cutanea.

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: 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: 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: 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: 07387017

CN: 658954

**ADVAGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACI
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: 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.

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 hiperqueratolicas, tienen mas probabilidad de responder al tratamiento que aquellos en los que el eccema se presenta como eccema dishidrotico.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84058

CN: 725445

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: 85558

CN: 729745

ALZERTA 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: 85556

CN: 730012

ALZERTA 4.6MG/24H 30 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG

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

Nº REG: 85556

CN: 729742

ALZERTA 4.6MG/24H 60 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85557

CN: 729744

ALZERTA 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSD (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG

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

Nº REG: 57012

CN: 791301

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

INDICACIONES: En el tratamiento de corta duración 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, incluido peritonitis
- infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos, articulaciones
- infecciones en quemados
- infecciones post-quirúrgicas (incluyendo cirugía post-vascular)
- infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario

Nº REG: 85843

CN: 730576

ANAGRELIDA ACCORDPHARMA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES: Esta indicada para la reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE) 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 elevado a 9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.

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: 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 x 10 (elevado a 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 x 10 (elevado a 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 x 10 elevado a 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: 85464

CN: 729379

APO-GO POD 5MG/ML 5 CARTUCHOS 20ML + 5 ADAPT SOL PARA PERFUSION

INDICACIONES: APO-go POD esta indicado en adultos. Tratamiento de las fluctuaciones motoras (fenomenos on-off) en pacientes con 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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: 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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 75519-20-11-2007

CN: 731551

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

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

Nº REG: 1-22057

CN: 730627

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

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

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: 61870

CN: 664060

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 76110-4-12-2006I

CN: 731550

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: 3400937306447

CN: 730626

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68213

CN: 656444

**ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSIBLES**

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

Nº REG: 86368

CN: 732121

**ASTARTE 0.25MG/0.5ML 5 JERINGAS PREC 0.5ML
SOLUCION INYECTABLE EFG**

INDICACIONES: Ganirelix esta indicado para la 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: 86368

CN: 732120

**ASTARTE 0.25MG/0.5ML 1 JERINGA PREC 0.5ML
SOLUCION INYECTABLE EFG**

INDICACIONES: Ganirelix esta indicado para la 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: 02218009

CN: 822528

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

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02218009IP

CN: 730993

AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

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.

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: 02218020IP

CN: 716310

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909002

CN: 702710

BEMFOLA 150UI/0.25ML 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: 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909008

CN: 706521

BEMFOLA 150UI/0.25ML 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).

Nº REG: 113909003

CN: 702714

BEMFOLA 225UI/0.375ML 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: 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).

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).

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: 113909013

CN: 703479

BEMFOLA 300UI/0,50ML 10 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: 113909012

CN: 706523

BEMFOLA 300UI/0,50ML 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: 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 113909001

CN: 702736

BEMFOLA 75UI/0,125ML 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84793

CN: 727759

**BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 2/0,5MG 7
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: 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: 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: 85791

CN: 730431

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 2/0,5MG 7
COMPR SUBLINGUALES 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 impedir el uso indebido 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85792

CN: 730434

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 8/2MG 28 COMPR
SUBLINGUALES 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 impedir el uso indebido 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: 85792

CN: 730433

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 8/2MG 7 COMPR
SUBLINGUALES 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 impedir el uso indebido 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.

Nº REG: 57720

CN: 714915

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

INDICACIONES: Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por germenes sensibles:

- infecciones otorrinolaringologicas
- infecciones de via respiratoria inferior, incluyendo exacerbacion de bronquitis cronica, neumonia bacteriana, bronquiectasias infectadas, y abscesos 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 germenes 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: 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 abscesos 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 gonococia 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, debera 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 quistica
- Meningitis bacteriana
- Otitis media supurativa cronica
- Otitis externa maligna
- Infecciones complicadas del tracto urinario.
- Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos.
- Infecciones intrabdominales complicadas
- Infecciones oseas y articulares
- Peritonitis asociada a la dialisis en pacientes con DPAC (dialisis peritoneal ambulatoria continua)

Tratamiento de pacientes que padezcan una bacteriemia que se produzca simultaneamente 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 neutropenicos que padezcan una fiebre de la que se tenga la sospecha de que se debe a una infeccion bacteriana.

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

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

La ceftazidima se debe administrar conjuntamente con otros agentes antibacterianos, siempre que el posible espectro de accion 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 cronica
- Otitis externa maligna
- Infecciones complicadas del tracto urinario.
- Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos.
- Infecciones intrabdominales complicadas
- Infecciones oseas 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 simultaneamente 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 neutropenicos que padezcan una fiebre de la que se tenga la sospecha de que se debe a una infeccion bacteriana.

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

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

La ceftazidima se debe administrar conjuntamente con otros agentes antibacterianos, siempre que el posible espectro de accion 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 cirugía contaminada o potencialmente contaminada, fundamentalmente cirugía cardiovascular, procedimientos urológicos y cirugía colorrectal.
Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes al uso y prescripción adecuada de antimicrobianos.

Nº REG: 64540

CN: 748368

**CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G V+AMP SOL INY IM
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 oídos.
-Infecciones genitales (incluyendo las gonococicas).
-Profilaxis perioperatoria de infecciones
-Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 62641

CN: 674945

CEFTRIAXONA NORMON 1G IM 1 INYECTABLE EFG

INDICACIONES: En infecciones causadas por los germenes 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: 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.

Nº REG: 62639

CN: 674960

CEFTRIAXONA NORMON 250MG 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 62636

CN: 674994

CEFTRIAXONA NORMON 500MG IV 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: 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: 96005002IP1

CN: 728915

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: 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)

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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)

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)

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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)

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)

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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: 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 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: 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 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: 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 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: 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, 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.

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 hepáticos.
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

CONFEROPORT 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: 1191412010

CN: 727863

DEFERASIROX ACCORD 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 1191412002

CN: 727861

DEFERASIROX ACCORD 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 86260

CN: 731832

DEFERASIROX AUROVITAS 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG

INDICACIONES: Deferasirox Aurovitas esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.
Deferasirox Aurovitas 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(> 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.
Deferasirox Aurovitas 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: 86261

CN: 731833

**DEFERASIROX AUROVITAS 90MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELIC EFG**

INDICACIONES: Deferasirox Aurovitas esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.
Deferasirox Aurovitas 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(> 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.
Deferasirox Aurovitas 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: 86034

CN: 731226

**DEFERASIROX SANDOZ 90MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 84910

CN: 728083

**DEFERASIROX STADA 360MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 84911

CN: 728084

**DEFERASIROX STADA 90MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 85516

CN: 729594

**DEFERASIROX TEVA 360MG 30 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Deferasirox esta indicado para el tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.
Deferasirox 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 (> 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.

Deferasirox 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: 85517

CN: 729595

DEFERASIROX TEVA 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES: Deferasirox 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.
Deferasirox 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.

Deferasirox 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76990

CN: 696019

**DONEPEZILO DURBAN 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75891

CN: 689805

DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10MG 28
COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG

INDICACIONES: Donezepilo 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: Donezepilo 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76026

CN: 691260

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

INDICACIONES: Donezepilo 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: Donezepilo 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 70051

CN: 661449

**DONEPEZILO SUN 5MG 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: 75014

CN: 685830

**DONEPEZILO TARBIS 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: 75013

CN: 685829

**DONEPEZILO TARBIS 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: 75217

CN: 686828

**DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: Dronedaronas 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, dronedaronas debe prescribirse solo despues de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. No debe administrarse dronedaronas 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: 84026

CN: 725345

**DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMPRIM RECUB PELIC
(BLIS 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: 84026

CN: 725346

**DRONEDARONA TEVA 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: 02219009

CN: 832725

EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR

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

Nº REG: 02219009IP

CN: 729009

EBIXA 10MG 112 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: 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: 02219027IP

CN: 710007

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 82336

CN: 718685

ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES: Como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en adultos solo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada.

Nº REG: 82337

CN: 718687

ELVANSE ADULTOS 50MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES: Como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en adultos solo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada.

Nº REG: 82338

CN: 718689

ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES: Como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en adultos solo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada.

Nº REG: 114935001

CN: 706166

ENVARUS 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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.

Nº REG: 55906

CN: 761908

ETALPHA 2MCG/ML 1 FRASCO DE 10ML GOTAS ORALES EN SOLUCION

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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)

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: 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)

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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: 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: 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.

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).

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: 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).

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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 74332

CN: 681713

**GALANTAMINA SANDOZ 8MG 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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 somatotropica 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 95001036

CN: 727949

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

- 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 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 deficiencia 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.
- En varones adultos:
- 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: 95001033

CN: 802314

GONAL-F 300UI/0,5ML 1 PLUMA PREC+8 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: 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 hipogonadotrofo congenito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina corionica humana (hCG).

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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 día del tratamiento.

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 06378001

CN: 659182

INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

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

Nº REG: 06378009

CN: 663238

INOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06378017

CN: 688710

INOVELON 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

INOVELON 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.

Nº REG: 1151040002

CN: 709247

INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES: Tratamiento del trastorno por déficit de atención 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 estén contraindicados.

Nº REG: 1151040004

CN: 709248

INTUNIV 2MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES: Tratamiento del trastorno por déficit de atención 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 estén contraindicados.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 656825

**KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS
GASTORRESISTENTES**

INDICACIONES: Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

Nº REG: 58719

CN: 656824

**KREON 10000 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: 63832

CN: 672971

**KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS
GASTORRESISTENTES**

INDICACIONES: Tratamiento de la insuficiencia pancreatica exocrina.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83862

CN: 724969

**KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS
GASTRORRESISTENTES**

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

Nº REG: 77205

CN: 697014

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

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

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)

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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: 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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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 recidiva). 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 79494

CN: 705076

MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMPRIM RECUB PELIC (BLISTER /PVC/Al) EFG

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

Nº REG: 78319

CN: 700984

MEMANTINA PENZA 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: 78320

CN: 700985

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

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

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 80338

CN: 708310

**MEMANTINA TEVAGEN 10MG 112 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: 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: 78747

CN: 702281

**MEMANTINA VIR 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS
PELICULA EFG**

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

Nº REG: 78746

CN: 702280

**MEMANTINA VIR 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS
PELICULA EFG**

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

Nº REG: 85881

CN: 730723

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

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85882

CN: 730724

**MEMOREL FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES 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 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 normogonadotropico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

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 normogonadotropico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79761

CN: 706230

MERIOFERT KIT 150UI 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: 79761

CN: 706232

MERIOFERT KIT 150UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYEC

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).

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: 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 alogenico renal, cardiaco o hepatico.

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 trasplante en pacientes que han recibido un trasplante 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 09523002

CN: 663147

**MODIGRAF 1MG 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: 09591003

CN: 664343

MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES: MULTAQ 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, MULTAQ debe prescribirse solo despues de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. MULTAQ no debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

Nº REG: 62698

CN: 808188

MUSE 1000MCG 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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 gastroenteropancreaticos 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 gastroenteropancreaticos 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: 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 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 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: 70454

CN: 662256

**ONDANSETRON ARISTO 8MG 15 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Ondansetron está indicado en el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas, y para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 72468

CN: 671282

**ONDANSETRON BLUEFISH 4MG 10 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG**

INDICACIONES: Adultos:
Control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas, Prevención de náuseas y vómitos postoperatorios en adultos (NVPO).
Población pediátrica:
Control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia en niños de \geq 6 meses de edad.
Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en niños de \geq 1 mes de edad.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72469

CN: 671287

**ONDANSETRON BLUEFISH 8MG 10 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG**

INDICACIONES: Adultos:
Control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas, Prevención de náuseas y vómitos postoperatorios en adultos (NVPO).
Población pediátrica:
Control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia en niños de \geq 6 meses de edad.
Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en niños de \geq 1 mes de edad.

Nº REG: 68215

CN: 656451

**ONDANSETRON MYLAN 4MG 15 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

INDICACIONES: Ondansetron está indicado en el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia, y en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos post-operatorios.

Nº REG: 68209

CN: 656438

**ONDANSETRON MYLAN 8MG 15 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES: Ondansetron está indicado en el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia, y en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos post-operatorios.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 citotoxicas. 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 citotoxicas. Asimismo, esta indicado en la prevencion y tratamiento de las nauseas y vomitos postoperatorios.

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: 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 citotoxicas. 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: 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 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: 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 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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).

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: 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 JERING 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 JERINGA PRECARGADA 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.

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 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. 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 AUROVITAS SPAIN 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: 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.

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.

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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: 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: 98092025

CN: 728327

PROMETAX 9.5MG/24H 60 PARCHES (2 X 30)
MULTIENVASE PARCHES 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.

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 POLVO PARA SOLUCION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 96008038

CN: 856120

PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO DE 0,36ML 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: 96008039

CN: 856153

PUREGON 600UI/0,72ML 1 CARTUCHO DE 0,72ML
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.

Nº REG: 96008041

CN: 650216

PUREGON 900UI/1,08ML 1 CARTUCHO DE 1,08ML
SOLUCION INYECTABLE

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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)

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 linfangioleiomiomatosis 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 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: 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 linfangioleiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. (NUEVA INDICACION)

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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 29843-08-05-2008

CN: 731544

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 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: 85465

CN: 729803

RIVASTIGMINA ARISTO 13.3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG

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

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76055

CN: 691342

**RIVASTIGMINA FARMALIDER 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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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: 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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 78249

CN: 700734

RIVASTIGMINA MYLAN PHARMACEUTICALS 4,6MG/24H 30 PARCH TRANSDER EFG

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

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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.

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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79976

CN: 706901

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 13,3MG/24 H 60 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: 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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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: 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: 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: 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.

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: 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.

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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 55973

CN: 955526

**ROCALTROL 0,25MCG 20 CAPSULAS
BLANDAS**

INDICACIONES: Enfermedades relacionadas con la incapacidad de sintesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo.

Nº REG: 55974

CN: 955534

ROCALTROL 0,5MCG 20 CAPSULAS BLANDAS

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: 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 antigeno 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: 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: 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: 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.

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.

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: 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: 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: 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: 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: 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).

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59124

CN: 893586

URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS

INDICACIONES: Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por via sistematica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan via intravenosa. Esta especialidad esta indicada principalmente en: enfermedades hematicas, enfermedades de los organos internos, enfermedades cutaneas. Tambien 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.

Nº REG: 49386

CN: 656716

URINORM 100MG 30 COMPRIMIDOS

INDICACIONES: Urinorm es un medicamento hepatotoxico 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.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 85651

CN: 730006

VANCOMICINA NORMON 1000MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO SOL PERF EFG

INDICACIONES: Administracion intravenosa
La vancomicina esta indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de las siguientes infecciones:

- infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos (IPPBc).
- infecciones en los huesos y las articulaciones.
- neumonia adquirida en la comunidad (NAC).
- neumonia intrahospitalaria (NAH), incluyendo la neumonia asociada a la ventilacion mecanica (NAV).
- endocarditis infecciosa.

La vancomicina tambien esta indicada en todos los grupos de edad para la profilaxis antibacteriana perioperatoria en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando se someten a procedimientos quirurgicos mayores.

Administracion oral:
La vancomicina esta indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de la infeccion por Clostridioides difficile (ICD).
Se deben tener en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos.

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85652

CN: 730007

VANCOMICINA NORMON 500MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO SOL PERF EFG

INDICACIONES: Administracion intravenosa
La vancomicina esta indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de las siguientes infecciones:
- infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos (IPPBc).
- infecciones en los huesos y las articulaciones.
- neumonia adquirida en la comunidad (NAC).
- neumonia intrahospitalaria (NAH), incluyendo la neumonia asociada a la ventilacion mecanica (NAV).
- endocarditis infecciosa.
La vancomicina tambien esta indicada en todos los grupos de edad para la profilaxis antibacteriana perioperatoria en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando se someten a procedimientos quirurgicos mayores.
Administracion oral:
La vancomicina esta indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de la infeccion por Clostridioides difficile (ICD).
Se deben tener en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos.

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: 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 > 10x10⁹/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10⁹/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas > 40x10⁹/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 10⁹ (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: 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: 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 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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).

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).

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).

Nº REG: 1171233007

CN: 722423

ZUBSOLV 0,7/0,18MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233007

CN: 722422

ZUBSOLV 0,7/0,18MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233009

CN: 722394

ZUBSOLV 1,4/0,36MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233009

CN: 722395

ZUBSOLV 1,4/0,36MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233017

CN: 722401

ZUBSOLV 11,4/2,9MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233017

CN: 722402

ZUBSOLV 11,4/2,9MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233011

CN: 722396

ZUBSOLV 2,9/0,71MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233011

CN: 722398

ZUBSOLV 2,9/0,71MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233013

CN: 722420

ZUBSOLV 5,7/1,4MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233013

CN: 722419

ZUBSOLV 5,7/1,4MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

RELACION DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233015

CN: 722399

ZUBSOLV 8,6/2,1MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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

Nº REG: 1171233015

CN: 722400

ZUBSOLV 8,6/2,1MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

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