

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81256

CN: 712742

**ABFENTIQ 200MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Abfentiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 81256

CN: 712741

**ABFENTIQ 200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Abfentiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 81257

CN: 712746

**ABFENTIQ 400MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Abfentiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81258

CN: 712749

**ABFENTIQ 600MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Abfentiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 81259

CN: 712751

**ABFENTIQ 800MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Abfentiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 70501

CN: 662278

**ABSTRAL 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70501

CN: 662279

**ABSTRAL 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 70502

CN: 662280

**ABSTRAL 200MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 70502

CN: 662281

**ABSTRAL 200MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70504

CN: 662282

**ABSTRAL 300MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 70504

CN: 662283

**ABSTRAL 300MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 70507

CN: 662284

**ABSTRAL 400MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70507

CN: 662285

**ABSTRAL 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 70508

CN: 662286

**ABSTRAL 600MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 70511

CN: 662289

**ABSTRAL 800MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81213

CN: 712510

**ACARIZAX 12 SQ-HDM 90 LIOFILIZADOS  
SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Restringido a pacientes adultos (18-65 años), diagnosticados por su historia clínica y prueba positiva de sensibilización a ácaros del polvo doméstico (prueba cutánea de prick y/o IgE específica), que presenten asma alérgica por ácaros del polvo doméstico, parcialmente controlada con corticoesteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica por ácaros del polvo doméstico, de leve a severa. El estado del asma del paciente debe ser cuidadosamente evaluado antes de iniciar el tratamiento. El medicamento será prescrito por un médico especialista en alergología o neumología.

Nº REG: 81213

CN: 712509

**ACARIZAX 12 SQ-HDM 30 LIOFILIZADOS  
SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Restringido a pacientes adultos (18-65 años), diagnosticados por su historia clínica y prueba positiva de sensibilización a ácaros del polvo doméstico (prueba cutánea de prick y/o IgE específica), que presenten asma alérgica por ácaros del polvo doméstico, parcialmente controlada con corticoesteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica por ácaros del polvo doméstico, de leve a severa. El estado del asma del paciente debe ser cuidadosamente evaluado antes de iniciar el tratamiento. El medicamento será prescrito por un médico especialista en alergología o neumología.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86402

CN: 732206

ACTAIR 100 IR & 300 IR 31 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (3 DE 100 IR + 28 DE 300 IR)

## INDICACIONES

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para el tratamiento de:

-Rinitis moderada o grave inducida por ácaros del polvo doméstico (prueba de punción cutánea o prueba de IgE específica) en adolescentes (de 12 a 17 años) y en adultos.

-El tratamiento deberá ser prescrito a pacientes con un diagnóstico confirmado y deberá ser iniciado por médicos con experiencia en el tratamiento de enfermedades alérgicas.

-Duración del tratamiento limitada a 3 años. Los pacientes serán evaluados cada año, y si no se observa beneficio clínico tras el primer año de administración, se suspenderá el tratamiento.

---

Nº REG: 86405

CN: 732214

ACTAIR 300 IR 90 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

## INDICACIONES

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para el tratamiento de:

-Rinitis moderada o grave inducida por ácaros del polvo doméstico (prueba de punción cutánea o prueba de IgE específica) en adolescentes (de 12 a 17 años) y en adultos.

-El tratamiento deberá ser prescrito a pacientes con un diagnóstico confirmado y deberá ser iniciado por médicos con experiencia en el tratamiento de enfermedades alérgicas.

-Duración del tratamiento limitada a 3 años. Los pacientes serán evaluados cada año, y si no se observa beneficio clínico tras el primer año de administración, se suspenderá el tratamiento.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86405

CN: 732213

**ACTAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para el tratamiento de:

-Rinitis moderada o grave inducida por ácaros del polvo doméstico (prueba de punción cutánea o prueba de IgE específica) en adolescentes (de 12 a 17 años) y en adultos.

-El tratamiento deberá ser prescrito a pacientes con un diagnóstico confirmado y deberá ser iniciado por médicos con experiencia en el tratamiento de enfermedades alérgicas.

-Duración del tratamiento limitada a 3 años. Los pacientes serán evaluados cada año, y si no se observa beneficio clínico tras el primer año de administración, se suspenderá el tratamiento.

---

Nº REG: 64060

CN: 711408

**ACTIQ 1200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64060

CN: 912485

**ACTIQ 1200MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 64061

CN: 711721

**ACTIQ 1600MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 64056

CN: 711754

**ACTIQ 200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64056

CN: 915371

**ACTIQ 200MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64056

CN: 945444

**ACTIQ 200MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64057

CN: 711374

**ACTIQ 400MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64057

CN: 900837

ACTIQ 400MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64057

CN: 914432

ACTIQ 400MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64058

CN: 711630

ACTIQ 600MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64058

CN: 935429

**ACTIQ 600MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64058

CN: 935411

**ACTIQ 600MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 64059

CN: 711531

**ACTIQ 800MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64059

CN: 935437

**ACTIQ 800MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Actiq está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 72537

CN: 665660

**AGRELAN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELI (BLISTER PVC/PE/PVDC) EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después)

o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

-Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

-Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80156

CN: 707655

**ALPROSTADIL RECORDATI 3MG/G 100MG 4  
APLICADORES CREMA**

## INDICACIONES

Tratamiento de hombres mayor o igual a 18 años de edad con disfunción eréctil, con incapacidad para obtener o mantener una erección adecuada para una actividad sexual satisfactoria.

---

Nº REG: 88745

CN: 762449

**ALZIL 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

## INDICACIONES

Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

Nº REG: 85953

CN: 730934

**APIXABAN AUROVITAS 2,5MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).  
-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85953

CN: 730933

**APIXABAN AUROVITAS 2,5MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 85954

CN: 730936

**APIXABAN AUROVITAS 5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

Nº REG: 85954

CN: 730935

**APIXABAN AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89666

CN: 765264

**APIXABAN PENSA 2,5MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$ 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).
- Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 89666

CN: 765265

**APIXABAN PENSA 2,5MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$ 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).
- Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 89665

CN: 765267

**APIXABAN PENSA 5MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86636

CN: 733028

**APIXABAN STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 86417

CN: 732341

**APIXABAN TAD 2,5MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.  
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

Nº REG: 86417

CN: 732342

**APIXABAN TAD 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.  
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86418

CN: 732343

**APIXABAN TAD 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

Nº REG: 86418

CN: 732344

**APIXABAN TAD 5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 88670

CN: 762273

**APIXABAN TECNIGEN 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).  
-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88671

CN: 762274

**APIXABAN TECNIGEN 5MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 86192

CN: 731614

**APIXABAN VIATRIS 2,5MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.  
-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 88167

CN: 758604

**ARROX PLUS 40/10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Hipercolesterolemia primaria: Arrox Plus está indicado como adyuvante de la dieta para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria, como terapia de sustitución en pacientes adultos adecuadamente controlados con rosuvastatina y ezetimiba administrados de forma concomitante al mismo nivel de dosis que en la combinación a dosis fija, pero como medicamentos separados.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83937

CN: 725110

**ARROX 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

Nº REG: 55545

CN: 949438

**ATERINA 15MG 60 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Su uso se restringe al Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica exclusivamente para pacientes en estadios C3\* (\*sólo con edema moderado o grave de la escala VCSS) a C6 de la clasificación clínica CEAP. La duración del tratamiento son tres meses.

---

Nº REG: 76976

CN: 695953

**AVARIC 133MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76977

CN: 695962

**AVARIC 267MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

---

Nº REG: 76978

CN: 695970

**AVARIC 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76979

CN: 695978

**AVARIC 533MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

---

Nº REG: 76975

CN: 695945

**AVARIC 67MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76980

CN: 695987

**AVARIC 800MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Avaric está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para tratar el dolor crónico asociado al cáncer. Un DI es una exacerbación transitoria del dolor, que se produce sobre la base de un dolor persistente que está controlado por otros medios.

---

Nº REG: 61605

CN: 731326

**AVAXIM 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML + AGUJA SUSPENSION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Avaxim está indicada en la inmunización activa frente a la infección causada por el virus de la hepatitis A en adultos susceptibles y adolescentes (a partir de 16 años de edad).

El uso de Avaxim se debe determinar de acuerdo a las recomendaciones oficiales.

---

Nº REG: 035895010

CN: 723626

**AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).

Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 58047-04-09-2015IP

CN: 763711

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

Nº REG: 035895010IP1

CN: 728125

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

Nº REG: 035895010IP

CN: 726726

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 65178

CN: 727529

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 2578701

CN: 732138

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

Nº REG: 035895010IP2

CN: 728976

AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 1191406001

CN: 727646

BAQSIMI 3MG POLVO NASAL 1 ENVASE UNIDOSIS

## INDICACIONES

Baqsimi está indicado para el tratamiento de la hipoglucemia grave en adultos, adolescentes y niños de 4 años o más con diabetes mellitus. // En el ámbito del SNS se establecen reservas singulares, restringiendo su dispensación con visado de inspección a: - Pacientes menores de 18 años en tratamiento con insulina y con alto riesgo de hipoglucemia grave con pérdida de consciencia. A efectos de la autorización del visado se tomarán en consideración los episodios previos de pérdida de consciencia por hipoglucemias. Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la valoración médica para prescribir el siguiente envase, con el fin de conocer la situación clínica del paciente en relación a las hipoglucemias graves con pérdida de consciencia.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89508

CN: 764778

**BIGETRA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

Nº REG: 89508

CN: 764779

**BIGETRA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89509

CN: 764780

**BIGETRA 150MG 60 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardíaca (clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

---

Nº REG: 88807

CN: 762643

**BLOMENSY 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88808

CN: 762647

**BLOMENSY 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74150

CN: 680908

**BREAKYL 1200MCG 28 PELICULAS BUCALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Breakyl está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (breakthrough pain = BTP) en

adultos con cáncer que estén ya recibiendo terapia de mantenimiento con opioides por

su dolor canceroso crónico.

Un BTP es una exacerbación transitoria del dolor, que tiene lugar sobre la base de un

dolor persistente que, por lo demás, está controlado.

---

Nº REG: 74146

CN: 689404

**BREAKYL 200MCG 28 PELICULAS BUCALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Breakyl está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (breakthrough pain = BTP) en

adultos con cáncer que estén ya recibiendo terapia de mantenimiento con opioides por

su dolor canceroso crónico.

Un BTP es una exacerbación transitoria del dolor, que tiene lugar sobre la base de un

dolor persistente que, por lo demás, está controlado.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74147

CN: 680895

**BREAKYL 400MCG 28 PELICULAS BUCALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Breakyl está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (breakthrough pain = BTP) en

adultos con cáncer que estén ya recibiendo terapia de mantenimiento con opioides por su dolor canceroso crónico.

Un BTP es una exacerbación transitoria del dolor, que tiene lugar sobre la base de un dolor persistente que, por lo demás, está controlado.

---

Nº REG: 74148

CN: 680899

**BREAKYL 600MCG 28 PELICULAS BUCALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Breakyl está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (breakthrough pain = BTP) en

adultos con cáncer que estén ya recibiendo terapia de mantenimiento con opioides por su dolor canceroso crónico.

Un BTP es una exacerbación transitoria del dolor, que tiene lugar sobre la base de un dolor persistente que, por lo demás, está controlado.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74149

CN: 680904

**BREAKYL 800MCG 28 PELICULAS BUCALES**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Breakyl está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo (breakthrough pain = BTP) en

adultos con cáncer que estén ya recibiendo terapia de mantenimiento con opioides por su dolor canceroso crónico.

Un BTP es una exacerbación transitoria del dolor, que tiene lugar sobre la base de un

dolor persistente que, por lo demás, está controlado.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 110655009

CN: 710324

**BRILIQUE 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Brilique, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico (ver las secciones 4.2 y 5.1). //

Uso restringido en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad mayor o igual a 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal

Brilique, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndromes coronarios agudos (SCA) //

Uso restringido en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad mayor o igual a 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10655004

CN: 665929

**BRILIQUE 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Brilique, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndromes coronarios agudos (SCA)

Brilique, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico (ver las secciones 4.2 y 5.1).

---

Nº REG: 1221647001

CN: 751369

**CAMCEVI 42MG 1 JERINGA PREC SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

CAMCEVI está indicado en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado hormonodependiente y en el tratamiento del cáncer de próstata localizado hormonodependiente, de alto riesgo y localmente avanzado, en combinación con radioterapia.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55500

CN: 957530

**CARNICOR 100MG/ML 10 VIALES BEBIBLES 10ML SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

Carnicor solución oral está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones:

- Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina (ver sección 5.1)
- Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico (ver sección 5.1)
- Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad (ver sección 5.1)

---

Nº REG: 55334

CN: 957548

**CARNICOR 200MG/ML 10 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Carnicor solución inyectable está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones:

- Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina (ver sección 5.1)
  - Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico (ver sección 5.1)
  - Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad (ver sección 5.1)
  - Tratamiento de la deficiencia secundaria de L-carnitina en pacientes sometidos a hemodiálisis a largo plazo (ver sección 5.1)
-

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55501

CN: 962373

**CARNICOR 300MG/ML 1 FRASCO 40ML SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

Carnicor solución oral está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones:

- Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina (ver sección 5.1)
- Tratamiento de la encefalopatía hiperamonemica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico (ver sección 5.1)
- Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad (ver sección 5.1)

---

Nº REG: 03268004

CN: 660113

**CHOLESTAGEL 625MG 180 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Cholestagel, en combinación con un inhibidor de la 3-hidroxi-3-metil-glutaril-coenzima A (HGM-CoA) reductasa (estatina), está indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para proporcionar una reducción adicional en las concentraciones de colesterol de lipoproteína de baja densidad (C-LDL) en aquellos pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria que no están controlados adecuadamente sólo con estatina.

Cholestagel, como monoterapia, está indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para la reducción del colesterol total y del C-LDL elevados, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria para los que el tratamiento con estatinas es inapropiado o no es bien tolerado.

Cholestagel se puede utilizar junto con ezetimiba, con o sin estatina, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria incluyendo a los pacientes con hipercolesterolemia familiar (consulte la sección 5.1).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71821

CN: 664473

**CLOPIDOGREL ABABOR 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes

hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses

después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71821

CN: 664477

**CLOPIDOGREL ABABOR 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS). - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71774

CN: 664412

**CLOPIDOGREL ALMUS 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTO CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71774

CN: 704449

**CLOPIDOGREL ALMUS 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.  
Para mayor información, ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71676

CN: 664686

**CLOPIDOGREL ALTER 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS. Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71676

CN: 762663

**CLOPIDOGREL ALTER 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

-Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos:

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular:

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71676

CN: 695490

**CLOPIDOGREL ALTER 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
- Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76987

CN: 696007

**CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS. Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76987

CN: 724528

**CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS. Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, para los que no es adecuado el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76987

CN: 696009

**CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS. Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71622

CN: 663283

**CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71622

CN: 725093

**CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular:

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71622

CN: 690037

**CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

---

Nº REG: 71621

CN: 663284

**CLOPIDOGREL ESSETI 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71662

CN: 664265

**CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 28 COMPRIMIDO RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Nº REG: 71662

CN: 729329

**CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71662

CN: 689840

**CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICU EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
  - Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
    - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
    - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
-

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 9562001

CN: 723854

**CLOPIDOGREL KRKA D.D. 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 9562001

CN: 723853

**CLOPIDOGREL KRKA D.D. 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109556003

CN: 699407

**CLOPIDOGREL KRKA 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109556007

CN: 765689

**CLOPIDOGREL KRKA 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109556004

CN: 699408

**CLOPIDOGREL KRKA 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71827

CN: 673033

**CLOPIDOGREL MABO 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después)

o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71827

CN: 731595

**CLOPIDOGREL MABO 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71827

CN: 722478

**CLOPIDOGREL MABO 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en :

-pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72672

CN: 672422

**CLOPIDOGREL NORMON 75MG 28 COMP REC PEL  
(BLISTER AL/PVC/AL/PA) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72672

CN: 728668

**CLOPIDOGREL NORMON 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72672

CN: 728667

**CLOPIDOGREL NORMON 75MG 84 COMP REC PELC  
(BLIST AL/PVDC/PE/PVC) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72672

CN: 713577

**CLOPIDOGREL NORMON 75MG 50 COMPR RECUB PEL (AL/AL-POLIAMIDA-PVC) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se les ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77286

CN: 697278

**CLOPIDOGREL OPKO 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de episodios aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en

- Pacientes adultos que presentaron infarto de miocardio (desde algunos días hasta un máximo de 35 días), ictus isquémico (desde los 7 días hasta un máximo de 6 meses) o enfermedad arterial periférica.

- Pacientes adultos que sufren síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto de miocardio sin onda Q), incluidos los pacientes a quienes se colocó un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes que reciben tratamiento médico y que son candidatos para el tratamiento con trombolíticos.

Prevención de episodios aterotrombóticos y tromboembólicos en la fibrilación auricular

En los pacientes adultos con fibrilación auricular que presentan por lo menos un factor de riesgo de episodios vasculares, a quienes no se les puede administrar antagonistas de la vitamina K (AVK) y que presentan un bajo riesgo de hemorragia, se indica clopidogrel en combinación con AAS para la prevención de episodios aterotrombóticos y tromboembólicos, incluido el ictus.

---

Nº REG: 71414

CN: 664305

**CLOPIDOGREL PENSA 75 MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta

un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o

que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76928

CN: 696134

CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 28  
COMPRIMIDOS RECUB PEL (AL/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

- Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes

hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

- Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado

para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76928

CN: 726432

CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 84  
COMPRIMIDOS RECUB PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos:

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

-Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

-Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular:

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76928

CN: 696135

**CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 50 COMPRIM  
RECUB PELICULA (AL/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

- Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes

hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

- Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado

para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71624

CN: 663287

**CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71624

CN: 725067

**CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71624

CN: 691704

**CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114975013

CN: 726209

**CLOPIDOGREL RATIOPHARM 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71372

CN: 673260

**CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

- Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

- Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto

agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son

candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está

indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71372

CN: 729173

**CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos:

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular:

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71372

CN: 704005

**CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

- Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

- Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto

agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son

candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está

indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71619

CN: 663246

**CLOPIDOGREL STADA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o

que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.(NUEVA INDICACION)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71619

CN: 722479

**CLOPIDOGREL STADA 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
- Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71619

CN: 681401

**CLOPIDOGREL STADA 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos

en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
-



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 713389

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 28 COMPR RECUB  
PEL (BLIST PVC/ACLAR/AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 722459

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 84 COMP REC PE  
(BLIST PVC/ACLAR/PVC-AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
- Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 722458

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 84 COMP REC PEL  
(BLIS PVC/ACLAR-AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.
- Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 714438

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 50 COMP REC PEL  
(BLIS PVC/ACLAR/PVC-AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 713405

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 28 COMP REC PEL  
(BLIS PVC/ACLAR/PVC-AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 714440

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 50 COMPRIMIDOS**  
**REC PELIC (FRASCO) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 714437

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 50 COMPR RECUB  
PEL (BLIS PVC/ACLAR-AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81358

CN: 714439

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 28 COMPRIM  
RECUBIERT PELIC (FRASCO) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado en:

-Pacientes adultos que han sufrido un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

-Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Para mayor información ver sección 5.1.

---

Nº REG: 77638

CN: 698360

**CLOPIDOGREL SUN 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Clopidogrel está indicado:

- Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Para mayor información ver sección 5.1.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72800

CN: 672526

**CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 28 COMPRIM REC PELIC (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (desde los primeros días hasta un máximo de 35 días), infarto cerebral (desde los 7 primeros días hasta un máximo de 6 meses después) o arteriopatía periférica establecida

Nº REG: 72800

CN: 762862

**CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (desde los primeros días hasta un máximo de 35 días), infarto cerebral (desde los 7 primeros días hasta un máximo de 6 meses después) o arteriopatía periférica establecida.

Nº REG: 72800

CN: 691346

**CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido un infarto de miocardio (desde los primeros días hasta un máximo de 35 días), infarto cerebral (desde los 7 primeros días hasta un máximo de 6 meses después) o arteriopatía periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71773

CN: 664413

**CLOPIDOGREL TECNIGEN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71773

CN: 762775

**CLOPIDOGREL TECNIGEN 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71773

CN: 704400

**CLOPIDOGREL TECNIGEN 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida. Para mayor información, ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109540011

CN: 724625

**CLOPIDOGREL TEVA 75MG 50 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109540011

CN: 724626

**CLOPIDOGREL TEVA 75MG 84 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109540011

CN: 724624

**CLOPIDOGREL TEVA 75MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109568012

CN: 731459

**CLOPIDOGREL VIATRIS 75MG 28 COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERT PELIC (PVC/PE/PVDC-ALU) EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109568012

CN: 731460

**CLOPIDOGREL VIATRIS 75MG 50 COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERT PELIC (PVC/PE/PVDC-ALU) EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71825

CN: 664582

**CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después)

o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Nº REG: 71825

CN: 764992

**CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71825

CN: 727844

**CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Nº REG: 71825

CN: 727590

**CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

- Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.
- Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:
  - Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
  - Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71704

CN: 664658

**CLOPIDOGREL VISO FARMACEUTICA 75MG 28  
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos:

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que sufren de síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto de miocardio sin onda Q), incluidos los pacientes sometidos a colocación de un stent después de la intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (ASA).

- Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes tratados médicamente elegibles para terapia trombolítica. Prevención de eventos aterotrombóticos y tromboembólicos en la fibrilación auricular. En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo de eventos vasculares, no es adecuado el tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) y tampoco quienes tienen un bajo riesgo de sangrado, el clopidogrel está indicado en combinación con AAS para la prevención de eventos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo el accidente cerebrovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71704

CN: 720967

**CLOPIDOGREL VISO FARMACEUTICA 75MG 50  
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos:

Clopidogrel está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que sufren de síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto de miocardio sin onda Q), incluidos los pacientes sometidos a colocación de un stent después de la intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (ASA).

- Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes tratados médicamente elegibles para terapia trombolítica. Prevención de eventos aterotrombóticos y tromboembólicos en la fibrilación auricular. En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo de eventos vasculares, no es adecuado el tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) y tampoco quienes tienen un bajo riesgo de sangrado, el clopidogrel está indicado en combinación con AAS para la prevención de eventos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo el accidente cerebrovascular.

---

Nº REG: 112801002

CN: 697254

**CONSTELLA 290MCG 28 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Constella está indicado para el tratamiento sintomático del síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) entre moderado y grave en adultos //

Financiado en casos de carácter grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de elección del SII-E disponibles o que sean intolerantes a los mismos

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1221665012

CN: 763124

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 110MG 30**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual a 75 años; insuficiencia cardíaca (mayor o igual a clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1221665012

CN: 763123

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 110MG 10  
CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual a 75 años; insuficiencia cardíaca (mayor o igual a clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1221665012

CN: 763125

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 110MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual a 75 años; insuficiencia cardíaca (mayor o igual a clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

---

Nº REG: 1221665023

CN: 763126

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 150MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual a 75 años; insuficiencia cardíaca (mayor o igual a clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1221665004

CN: 763121

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 75MG 30 CAPSULAS  
DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

Nº REG: 1221665004

CN: 763120

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 75MG 10 CAPSULAS  
DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

Nº REG: 1221665004

CN: 763122

**DABIGATRAN ETEXILATO ACCORD 75MG 60 CAPSULAS  
DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programada en ambos casos

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88692

CN: 762334

**DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

Nº REG: 88692

CN: 762332

**DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88692

CN: 762333

**DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 88691

CN: 762331

**DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89894

CN: 766018

**DABIGATRAN ETEXILATO COMBIX 110MG 60 CAPSULAS DURAS AL/AL (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos

Nº REG: 89894

CN: 766017

**DABIGATRAN ETEXILATO COMBIX 110MG 30 CAPSULAS DURAS AL/AL (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89898

CN: 766035

**DABIGATRAN ETEXILATO COMBIX 150MG 60 CAPSULAS DURAS AL/AL (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardíaca (clase II en la escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

---

Nº REG: 89309

CN: 764233

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89309

CN: 764231

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Nº REG: 89309

CN: 764232

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89308

CN: 764234

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.  
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

---

Nº REG: 89310

CN: 764230

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Nº REG: 89310

CN: 764229

**DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 75MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89369

CN: 764371

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 110MG 10**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Nº REG: 89369

CN: 764369

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 110MG 30**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Nº REG: 89369

CN: 764370

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 110MG 60**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89370

CN: 764372

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 150MG 60**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.  
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

---

Nº REG: 89371

CN: 764373

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 75MG 30**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Nº REG: 89371

CN: 764374

**DABIGATRÁN ETEXILATO NORMON 75MG 60**  
**CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89467

CN: 764627

**DABIGATRÁN ETEXILATO PENSA 110MG 60 CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Nº REG: 89467

CN: 764625

**DABIGATRÁN ETEXILATO PENSA 110MG 10 CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89467

CN: 764626

**DABIGATRÁN ETEXILATO PENSA 110MG 30 CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

---

Nº REG: 88370

CN: 759832

**DABIGATRAN ETEXILATO PENSA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.
- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 88371

CN: 759834

**DABIGATRAN ETEXILATO PENSA 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88371

CN: 759833

**DABIGATRAN ETEXILATO PENSA 75MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

Nº REG: 89060

CN: 763440

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89060

CN: 763439

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 110MG 30**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

Nº REG: 89060

CN: 763438

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 110MG 10**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89061

CN: 763443

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.  
-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 89059

CN: 763436

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 75MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Nº REG: 89059

CN: 763437

**DABIGATRAN ETEXILATO SANDOZ 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89187

CN: 763886

**DABIGATRÁN ETEXILATO STADA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

Nº REG: 89187

CN: 763887

**DABIGATRÁN ETEXILATO STADA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89185

CN: 763888

**DABIGATRÁN ETEXILATO STADA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.  
-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 89186

CN: 763884

**DABIGATRÁN ETEXILATO STADA 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

Nº REG: 86843

CN: 734544

**DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.  
-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.  
-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86843

CN: 734545

**DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 110MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 86841

CN: 734534

**DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 150MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL -24)

---

Nº REG: 86842

CN: 734540

**DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 75MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88185

CN: 758629

**DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 110MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

Nº REG: 88185

CN: 758628

**DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 110MG 30**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88183

CN: 758626

**DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 150MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.  
-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 88184

CN: 758627

**DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 75MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1231769008

CN: 766108

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), y prevención de la recidiva TVP y EP en adultos. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo, como ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardíaca (clase de la NYHA II); diabetes mellitus; hipertensión. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía programada de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1231769008

CN: 766107

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), y prevención de la recidiva TVP y EP en adultos. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo, como ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardíaca (clase de la NYHA II); diabetes mellitus; hipertensión. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía programada de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1231769008

CN: 766106

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), y prevención de la recidiva TVP y EP en adultos. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo, como ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardiaca (clase de la NYHA II); diabetes mellitus; hipertensión. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía programada de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

---

Nº REG: 1231769020

CN: 766109

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), y prevención de la recidiva TVP y EP en adultos. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo, como ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) previos; edad 75 años; insuficiencia cardiaca (clase de la NYHA II); diabetes mellitus; hipertensión. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1231769004

CN: 766104

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía programada de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

Nº REG: 1231769004

CN: 766103

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVA 75MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía programada de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla. Para las formas de dosificación adecuadas a la edad, véase la sección 4.2.

---

Nº REG: 89375

CN: 764402

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.  
-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.  
-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89375

CN: 764401

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 110MG 30**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

---

Nº REG: 89373

CN: 764396

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 150MG 60**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

- Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

---

Nº REG: 89374

CN: 764397

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 75MG 30**  
**CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89374

CN: 764398

**DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

Nº REG: 89391

CN: 764419

**DABIGATRAN ETEXILATO VIATRIS 110MG 60 CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.  
- Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.  
-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

---

Nº REG: 89392

CN: 764420

**DABIGATRAN ETEXILATO VIATRIS 150MG 60 CÁPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.  
-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 58404

CN: 990325

**DECAPEPTYL MENSUAL 3.75MG 1 VIAL POLVO Y DIS  
SUSP LIB PROL INYECT**

## INDICACIONES

- Tratamiento del cáncer de próstata hormono-dependiente, localmente avanzado o metastásico.
- Tratamiento del cáncer de próstata hormono-dependiente, localizado de alto riesgo o localmente avanzado, en combinación con radioterapia. El efecto favorable del medicamento es más pronunciado y más frecuente en aquellos pacientes que no han estado sometidos previamente a otros tratamientos hormonales.
- Endometriosis genital y extragenital:  
La duración del tratamiento se halla limitada a 6 meses (ver Reacciones Adversas). No es recomendable empezar un segundo tratamiento con triptorelina o con cualquier otro análogo de la GnRH.
- Fibromas uterinos.
- Infertilidad femenina:  
Tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para la fecundación in vitro y transferencia de embrión (F.I.V.T.E.).
- Pubertad precoz:  
En las niñas, el tratamiento debe iniciarse antes de los 8 años y, en los niños, antes de los 10 años.

---

Nº REG: 114960001

CN: 705018

**DUAVIVE 0,45/20MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION  
MODIFICADA**

## INDICACIONES

DUAVIVE está indicado para el tratamiento de los síntomas de la deficiencia de estrógenos en mujeres postmenopáusicas con útero (con ausencia de menstruación durante al menos 12 meses) para las que no resulte apropiado una terapia con progestágenos. La experiencia con el tratamiento en mujeres demás de 65 años es limitada //  
Financiación restringida a tratamiento en segunda línea para el manejo de los síntomas asociados a la deficiencia de estrógenos en mujeres que no son candidatas a una terapia con progestágenos.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10619009

CN: 672141

**DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMSEST) en pacientes sometidos a ICP (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10619009IP1

CN: 766235

**DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea.

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMSEST) en pacientes sometidos a ICP (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10619009IP

CN: 730332

**DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMSEST) en pacientes sometidos a ICP (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica

DuoPlavin está indicado para la prevención secundaria de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS). DuoPlavin es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea.

---

Nº REG: 84497

CN: 726836

**DUTACAP 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81493

CN: 713833

**DUTASTERIDA ARISTO 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 84597

CN: 727245

**DUTASTERIDA AUROVITAS 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 80595

CN: 709796

**DUTASTERIDA CINFA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.  
En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y las poblaciones de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78989

CN: 703403

**DUTASTERIDA COMBIX 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.  
En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y las poblaciones de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

---

Nº REG: 81498

CN: 713842

**DUTASTERIDA KERN PHARMA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 81574

CN: 714089

**DUTASTERIDA KRKA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81153

CN: 712214

**DUTASTERIDA PENSA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.  
En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y las poblaciones de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

---

Nº REG: 77635

CN: 698357

**DUTASTERIDA RATIOPHARM 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 80581

CN: 709770

**DUTASTERIDA STADA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.  
En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y las poblaciones de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81152

CN: 712213

**DUTASTERIDA TECNIGEN 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

-Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
-Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.  
En la sección 5.1 se puede encontrar información sobre los efectos del tratamiento y las poblaciones de pacientes estudiados en los ensayos clínicos.

---

Nº REG: 77634

CN: 698356

**DUTASTERIDA TEVA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 81781

CN: 714983

**DUTASTERIDA VIATRIS 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79750

CN: 706191

DUTASTERIDA VIR 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).  
Reducción del riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

---

Nº REG: 08441001

CN: 662852

EFFENTORA 100MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios. Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más // Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08441002

CN: 662902

**EFFENTORA 100MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

---

Nº REG: 08441003

CN: 662853

**EFFENTORA 200MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08441004

CN: 662903

**EFFENTORA 200MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

---

Nº REG: 08441006

CN: 662904

**EFFENTORA 400MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08441008

CN: 662905

**EFFENTORA 600MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

---

Nº REG: 08441010

CN: 662906

**EFFENTORA 800MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES**

## INDICACIONES

Effentora está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo (DI) en pacientes adultos con cáncer que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico asociado a cáncer. El DI es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un fondo de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08503009

CN: 700621

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

## INDICACIONES

Efient, administrado de forma conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Para más información ver sección 5.1.

Nº REG: 08503009IP2

CN: 765762

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

## INDICACIONES

Efient, administrado de forma conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Para más información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08503009IP1

CN: 765459

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

## INDICACIONES

Efient, administrado de forma conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Para más información ver sección 5.1.

Nº REG: 08503009IP

CN: 737600

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

## INDICACIONES

Efient, administrado de forma conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Para más información ver sección 5.1.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08503002

CN: 700620

**EFIENT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA**

## INDICACIONES

Efient, administrado de forma conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Para más información ver sección 5.1.

---

Nº REG: 89678

CN: 765304

**ELIBAX 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

- Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89678

CN: 765303

**ELIBAX 2,5MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

- Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.
- Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA)

---

Nº REG: 89677

CN: 765306

**ELIBAX 5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos, edad mayor o igual 75 años, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca sintomática (mayor o igual Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 11691002

CN: 654803

**ELIQUIS 2,5MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 11691003IP

CN: 762818

**ELIQUIS 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

Nº REG: 11691003

CN: 654804

**ELIQUIS 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 111691009

CN: 694840

**ELIQUIS 5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no-valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática ( $\geq$  Clase 2 escala NYHA).

---

Nº REG: 60652

CN: 877514

**ENGERIX-B JUNIOR 10MCG/0,5ML 1 JERINGA 0,5ML SUSPENSION INYECTABLE**

## INDICACIONES

inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis B causada por todos los subtipos conocidos, en personas no inmunes. Los grupos de riesgo específicos para la vacunación se determinan sobre la base de las recomendaciones oficiales.

---

Nº REG: 60653

CN: 686709

**ENGERIX B 20MCG 1 JERINGA PRECARGADA 1ML**

## INDICACIONES

inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis B causada por todos los subtipos conocidos, en personas no inmunes. Los grupos de riesgo específicos para la vacunación se determinan sobre la base de las recomendaciones oficiales.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87459

CN: 748032

**EPICAR 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 87459

CN: 748033

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

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 87460

CN: 748035

**EPICAR 15MG 42 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 87460

CN: 748034

**EPICAR 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87461

CN: 748036

**EPICAR 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 84208

CN: 725991

**FENTICERTA 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84208

CN: 728452

**FENTICERTA 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84209

CN: 725992

FENTICERTA 200MCG 30 COMPRIMIDOS  
SUBLINGUALES EFG

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84209

CN: 728453

FENTICERTA 200MCG 10 COMPRIMIDOS  
SUBLINGUALES EFG

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84210

CN: 725993

FENTICERTA 300MCG 30 COMPRIMIDOS  
SUBLINGUALES EFG

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84210

CN: 728454

**FENTICERTA 300MCG 10 COMPRIMIDOS**  
**SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 84211

CN: 725995

**FENTICERTA 400MCG 30 COMPRIMIDOS**  
**SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84211

CN: 728455

**FENTICERTA 400MCG 10 COMPRIMIDOS**  
**SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84212

CN: 725996

**FENTICERTA 600MCG 30 COMPRIMIDOS  
SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 84213

CN: 725997

**FENTICERTA 800MCG 30 COMPRIMIDOS  
SUBLINGUALES EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 69741

CN: 660850

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

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de

próstata (HBP) sintomática. El tratamiento con finasterida:

- Mejora los síntomas
- Reduce el riesgo de retención urinaria aguda
- Reduce la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67869

CN: 654557

**FINASTERIDA ALTER 5MG 28 COMPRIM RECUBI PELICU EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática en varones con objeto de:

- Mejorar los síntomas.
  - Reducir el riesgo de retención urinaria aguda.
  - Reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.
- Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

Nº REG: 81398

CN: 713535

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

## INDICACIONES

Tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) en pacientes adultos con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- Producir regresión del crecimiento prostático, mejorar el flujo urinario y mejorar los síntomas relacionados con la HBP.
- Reducir la incidencia de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

---

Nº REG: 68042

CN: 656054

**FINASTERIDA BENEL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática. El tratamiento con finasterida:

- Mejora los síntomas
  - Reduce el riesgo de retención urinaria aguda
  - Reduce la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.
- Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.
-

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67857

CN: 654524

**FINASTERIDA CINFA 5MG 28 COMPRIM RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Finasterida cinfa 5 mg comprimidos está indicada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- Mejorar los síntomas
- Reducir el riesgo de retención urinaria aguda
- Reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida cinfa 5 mg comprimidos recubiertos con película produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

Nº REG: 67100

CN: 652280

**FINASTERIDA KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Está indicada en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- mejorar los síntomas.
- reducir el riesgo de retención urinaria aguda.
- reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida Kern Pharma 5 mg comprimidos produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70596

CN: 664111

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

## INDICACIONES

Finasterida Accord 5 mg está indicado para el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) para:

- la regresión del crecimiento prostático, mejorar el flujo urinario y mejorar los síntomas asociados con la HBP,
- reducir la incidencia de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía incluida la resección transuretral de la próstata (RTUP) y prostatectomía.

Finasterida deberá administrarse a pacientes con crecimiento prostático (volumen de la próstata por encima de aproximadamente 40 ml).

---

Nº REG: 67102

CN: 652282

**FINASTERIDA PENZA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG**

## INDICACIONES

Está indicada en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- mejorar los síntomas.
- reducir el riesgo de retención urinaria aguda.
- reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida Genkern 5 mg comprimidos produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68468

CN: 658479

**FINASTERIDA QUALIGEN 5MG 28 COMPRIM RECUB  
PELI EFG**

## INDICACIONES

- Finasterida está indicada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- o Mejorar los síntomas
- o Reducir el riesgo de retención urinaria aguda
- o Reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

- Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

Nº REG: 67190

CN: 652620

**FINASTERIDA RATIOPHARM 5MG 28 COMPR RECUB  
PELI EFG**

## INDICACIONES

Está indicada en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- mejorar los síntomas.
- reducir el riesgo de retención urinaria aguda.
- reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida Stada 5 mg comprimidos produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67206

CN: 671930

**FINASTERIDA STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Está indicada en el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HPB) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- mejorar los síntomas.
- reducir el riesgo de retención urinaria aguda.
- reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida Ratiopharm 5 mg comprimidos produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

---

Nº REG: 85088

CN: 728529

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

## INDICACIONES

Este medicamento está indicado en el tratamiento y control de la hiperplasia prostática benigna (HPB) en pacientes con aumento del tamaño de la próstata para:

- lograr una regresión del crecimiento prostático, mejorar el flujo urinario y mejorar los síntomas asociados con la HPB
- reducir la incidencia de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (TURP) y la prostatectomía.

Este medicamento solo debe administrarse a pacientes con agrandamiento prostático (volumen prostático superior a 40 ml).

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68168

CN: 656370

**FINASTERIDA TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMID RECU PEL EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática. El tratamiento con finasterida:

- Mejora los síntomas
- Reduce el riesgo de retención urinaria aguda
- Reduce la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y

mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

Nº REG: 70122

CN: 661596

**FINASTERIDA TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PELI EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP)

con objeto de:

Producir regresión del crecimiento prostático, mejorar el flujo urinario y mejorar los síntomas relacionados con la HBP.

Reducir la incidencia de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía, incluidas

la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida deberá administrarse a pacientes con crecimiento prostático (volumen de la próstata por encima de 40 ml).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69258

CN: 663395

**FINASTERIDA VIR 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática

en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de:

- Mejorar los síntomas
- Reducir el riesgo de retención urinaria aguda
- Reducir la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1161146005

CN: 716517

**GLYXAMBI 10/5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Glyxambi es una combinación a dosis fijas de empagliflozina y linagliptina que está indicado en adultos de 18 años de edad o mayores con diabetes mellitus tipo 2 cuando ya estén siendo tratados con la combinación por separado de empagliflozina y linagliptina.

(Ver las secciones 4.2, 4.4, 4.5 y 5.1 para consultar los datos disponibles en las diferentes combinaciones estudiadas). //

Financiación restringida a pacientes que estén en tratamiento con Linagliptina y Empaglifozina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabéticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

Glyxambi es una combinación a dosis fijas de empagliflozina y linagliptina que está indicado en adultos de 18 años de edad o mayores con diabetes mellitus tipo 2 para mejorar el control glucémico cuando la metformina y/o una sulfonilurea (SU) y uno de los principios activos de Glyxambi no logren un control glucémico adecuado.

(Ver las secciones 4.2, 4.4, 4.5 y 5.1 para consultar los datos disponibles en las diferentes combinaciones estudiadas). //

Financiación restringida a pacientes que estén en tratamiento con Linagliptina y Empaglifozina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabéticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1161146014

CN: 716516

**GLYXAMBI 25/5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Glyxambi es una combinación a dosis fijas de empagliflozina y linagliptina que está indicado en adultos de 18 años de edad o mayores con diabetes mellitus tipo 2 cuando ya estén siendo tratados con la combinación por separado de empagliflozina y linagliptina.

(Ver las secciones 4.2, 4.4, 4.5 y 5.1 para consultar los datos disponibles en las diferentes combinaciones estudiadas). //

Financiación restringida a pacientes que estén en tratamiento con Linagliptina y Empaglifozina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabéticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

Glyxambi es una combinación a dosis fijas de empagliflozina y linagliptina que está indicado en adultos de 18 años de edad o mayores con diabetes mellitus tipo 2 para mejorar el control glucémico cuando la metformina y/o una sulfonilurea (SU) y uno de los principios activos de Glyxambi no logren un control glucémico adecuado.

(Ver las secciones 4.2, 4.4, 4.5 y 5.1 para consultar los datos disponibles en las diferentes combinaciones estudiadas). //

Financiación restringida a pacientes que estén en tratamiento con Linagliptina y Empaglifozina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabéticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68398

CN: 658358

**GRAZAX 75000 SQ-T 30 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Tratamiento que modifica el curso de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos y niños (de 5 años o mayores) (NUEVA) con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas.

Nº REG: 68398

CN: 724710

**GRAZAX 75000 SQ-T 90 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Tratamiento que modifica el curso de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos y niños (de 5 años o mayores) con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas.

Nº REG: 61250

CN: 700677

**HAVRIX 1440 1 JERINGA PRECARGADA 1ML  
SUSPENSION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis A, en personas en riesgo de exposición al VHA (los grupos de población considerados de riesgo se especifican en la C 15/98 de la DGFYPS). HAVRIX, no previene la hepatitis causada por otros gérmenes tales como el virus de la hepatitis B, hepatitis C, hepatitis E u otros patógenos conocidos que pueden infectar el hígado.

No se conoce la duración de la inmunidad de la vacuna.

Los individuos con anticuerpos específicos frente al VHA no precisan de la vacunación, no obstante, no es necesaria la realización de estudios serológicos previos a la vacunación. La vacunación de personas inmunes no presenta riesgo añadido.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 61396

CN: 700676

HAVRIX 720 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML  
SUSPENSION INYECTABLE

## INDICACIONES

Inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis A, en personas en riesgo de exposición al VHA (los grupos de población considerados de riesgo se especifican en la C 15/98 de la DGFYPS). HAVRIX, no previene la hepatitis causada por otros gérmenes tales como el virus de la hepatitis B, hepatitis C, hepatitis E u otros patógenos conocidos que pueden infectar el hígado.

No se conoce la duración de la inmunidad de la vacuna.

Los individuos con anticuerpos específicos frente al VHA no precisan de la vacunación, no obstante, no es necesaria la realización de estudios serológicos previos a la vacunación. La vacunación de personas inmunes no presenta riesgo añadido.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1191390002

CN: 732440

**INBRIJA 33MG 92 CAPSULAS DURAS Y 1 INHALADOR POLVO PARA INHALACION**

## INDICACIONES

Inbrija está indicado para el tratamiento intermitente de fluctuaciones motoras episódicas (episodios OFF) en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con un inhibidor de levodopa/dopa-descarboxilasa. //

Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante

visado para el tratamiento intermitente de las fluctuaciones motoras episódicas (períodos OFF) impredecibles en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con levodopa/IDD en los que no se haya conseguido un adecuado control de las fluctuaciones motoras, tras la administración de otras alternativas terapéuticas como los inhibidores de la catecol-amino-metiltransferasa (ICOMT), inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B) o los agonistas dopaminérgicos, en los que apomorfina no sea una opción adecuada por su perfil de tolerabilidad y cuando los pacientes tengan una adecuada función respiratoria, sean capaces de realizar correctamente la técnica de administración y de reconocer el periodo OFF .

El tratamiento deberá ser prescrito por especialistas en neurología con experiencia en las fluctuaciones motoras en pacientes con enfermedad de Parkinson.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109531029

CN: 711659

**INSTANYL 100MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS DOSE  
GUARD SOL PULV NASAL**

## INDICACIONES

Instanyl está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en adultos que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico oncológico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes en tratamiento de mantenimiento con opioides son los que reciben al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, al menos 30 mg de oxycodona al día, al menos 8 mg de hidromorfona al día o una dosis equianalgésica de otro opioide durante un mínimo de una semana // Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

---

Nº REG: 109531033

CN: 712078

**INSTANYL 200MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS DOSE  
GUARD SOL PULV NASAL**

## INDICACIONES

Instanyl está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en adultos que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico oncológico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes en tratamiento de mantenimiento con opioides son los que reciben al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, al menos 30 mg de oxycodona al día, al menos 8 mg de hidromorfona al día o una dosis equianalgésica de otro opioide durante un mínimo de una semana // Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109531025

CN: 711660

INSTANYL 50MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS DOSE  
GUARD SOL PULV NASAL

## INDICACIONES

Instanyl está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en adultos que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor crónico oncológico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Los pacientes en tratamiento de mantenimiento con opioides son los que reciben al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, al menos 30 mg de oxycodona al día, al menos 8 mg de hidromorfona al día o una dosis equianalgésica de otro opioide durante un mínimo de una semana // Financiacion mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113884006

CN: 702424

**INVOKANA 300MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio en monoterapia cuando la metformina no se considera adecuada debido a intolerancia o contraindicaciones.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico.

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113884006IP1

CN: 765097

**INVOKANA 300MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio en monoterapia cuando la metformina no se considera adecuada debido a intolerancia o contraindicaciones.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113884006IP

CN: 763462

**INVOKANA 300MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio en monoterapia cuando la metformina no se considera adecuada debido a intolerancia o contraindicaciones.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico.

Invokana está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada, asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos en control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Su uso se restringe al tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucémico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98070001

CN: 656355

**ISCOVER 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84158

CN: 725854

**KAPTIC 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**  
**EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84158

CN: 725852

**KAPTIC 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**  
**EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

Nº REG: 84159

CN: 725856

**KAPTIC 200MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**  
**EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84160

CN: 725858

**KAPTIC 300MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**  
**EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

Nº REG: 84161

CN: 725860

**KAPTIC 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**  
**EFG**

## INDICACIONES

VISADO PARA TRATAMIENTOS INSTAURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2021 PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211616002

CN: 732870

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

## INDICACIONES

Kerendia está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (con albuminuria) asociada a diabetes tipo 2.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para para el tratamiento en pacientes adultos de la enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estimado mayor o igual a 25 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) asociada a diabetes tipo 2, que cumplan los criterios de Ratio Albumina Creatinina en orina [RAC] superior o igual a 30 mg/g, y no estén controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de IECA o ARA2 y/o iSGLT2, o que presenten intolerancia a IECA o ARA2 o bien a iSGLT2.

---

Nº REG: 1211616007

CN: 732871

**KERENDIA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Kerendia está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (con albuminuria) asociada a diabetes tipo 2.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para para el tratamiento en pacientes adultos de la enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estimado mayor o igual a 25 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) asociada a diabetes tipo 2, que cumplan los criterios de Ratio Albumina Creatinina en orina [RAC] superior o igual a 30 mg/g, y no estén controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de IECA o ARA2 y/o iSGLT2, o que presenten intolerancia a IECA o ARA2 o bien a iSGLT2.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211558001

CN: 731502

**KLISYRI 10MG/G 5 SOBRES DE 250MG POMADA**

## INDICACIONES

Klisyri está indicado para el tratamiento tópico de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica (grado 1 de Olsen) de la cara o del cuero cabelludo en adultos //

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, para aquellos pacientes con queratosis actínica múltiples o que requieran tratamiento del campo de cancerización, no candidatos por contraindicación, intolerancia o falta de eficacia a la terapia fotodinámica o al resto de tratamientos tópicos.

---

Nº REG: 69257

CN: 659827

**LITACE 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Finasterida está indicada en el tratamiento y control de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) sintomática. El tratamiento con finasterida:

- Mejora los síntomas
- Reduce el riesgo de retención urinaria aguda
- Reduce la necesidad de cirugía, incluidas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía.

Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HBP.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 115993001

CN: 707035

**LIXIANA 15MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Lixiana está indicado en la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq 75$  años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos.

---

Nº REG: 115993005

CN: 707043

**LIXIANA 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Lixiana está indicado en la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq 75$  años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos.

---

Nº REG: 115993018

CN: 707044

**LIXIANA 60MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Lixiana está indicado en la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o más factores de riesgo tales como insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq 75$  años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171173004

CN: 723640

**LOKELMA 10G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL**

## INDICACIONES

Lokelma está indicado para el tratamiento de la hiperpotasemia en pacientes adultos //

En el ámbito del SNS se limita su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

---

Nº REG: 1171173002

CN: 723641

**LOKELMA 5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL**

## INDICACIONES

Lokelma está indicado para el tratamiento de la hiperpotasemia en pacientes adultos //

En el ámbito del SNS se limita su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83377

CN: 723419

**LUTRATE DEPOT MENSUAL 3,75MG 1 VIAL + JER PREC 2ML POLVO Y DIS PARA SUSP LIBER PROLONG INYECT**

## INDICACIONES

- Tratamiento paliativo del cáncer de próstata localmente avanzado o metastásico.
- Fibromas uterinos: tratamiento del leiomioma uterino (fibromas uterinos). Este tratamiento puede usarse como medida preoperatoria o coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres perimenopáusicas que no desean la cirugía. (Nueva indicación)
- Endometriosis: tratamiento de la endometriosis. Puede usarse solo o como terapia conjunta con la cirugía. (Nueva indicación)
- Cáncer de mama: tratamiento del cáncer de mama avanzado en mujeres pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. Está indicado como tratamiento adyuvante, en combinación con tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasa, del cáncer de mama hormonosensible en estadio temprano en mujeres pre y perimenopáusicas con alto riesgo de recurrencia (edad joven, tumor de alto grado, afectación de los ganglios linfáticos). En mujeres que han recibido quimioterapia, el estado premenopáusico debe confirmarse tras la finalización de la quimioterapia. (Nueva indicación)
- Protección ovárica: Preservación de la función ovárica en mujeres premenopáusicas con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia que puede causar insuficiencia ovárica prematura. (Nueva indicación)
- Pubertad Precoz Central: Está también indicado en el tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) en niños, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los nueve años en niñas y de los diez en niños. (Nueva indicación)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71882

CN: 664772

**MABOCLOP 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después)

o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

---

Nº REG: 85325

CN: 729082

**MAGNESIO NM 200MG 30 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con niveles de Mg en plasma por debajo de 1,7 mg/dl ( $\backslash$ 0.75 mmol/l o  $\backslash$ 1.5 mEq/l) y por encima de 1 mg/dl, que sufran procesos de hipomagnesemia:

Congénitos: Hipomagnesemia familiar, Síndrome de Gitelman, Hipomagnesemia hipercalcémica familiar con nefrocalcinosis, Síndrome de Batter tipo V, Hipomagnesemia aislada autosómica dominante tipo Glaudemans.

Adquiridos: Debidos a:

-Tratamiento con los siguientes fármacos: Cetuximab, panitumumab y cisplatino.

-Digestivos:

-Síndrome intestino corto.

-Malabsorción grave por EEII (en situación de brote)

-Insuficiencia pancreática exocrina.

-Intervención quirúrgica:

-Enteritis rádica.

-Ostomias intestinales de alto débito.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201425002

CN: 729840

**NILEMDO 180MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Nilemdo está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo solo o en combinación con ezetimiba en pacientes que no toleran las estatinas o para los que estas están contraindicadas.

Para los resultados de los estudios con respecto a los efectos en el C-LDL, los eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas, ver sección 5.1.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas

Nilemdo está indicado en adultos con hipercolesterolemia primaria (familiar y no familiar heterocigótica) o dislipidemia mixta, como adyuvante a la dieta en monoterapia o en combinación con otros tratamientos para la reducción de los lípidos en pacientes intolerantes a las estatinas o en los que esté contraindicada una estatina. //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nilemdo está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo en pacientes que toman la dosis máxima tolerada de una estatina con o sin ezetimiba.

Para los resultados de los estudios con respecto a los efectos en el C-LDL, los eventos cardiovasculares y las

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

poblaciones estudiadas, ver sección 5.1.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba

en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia

o  
contraindicación a estatinas

Nilemdo está indicado en adultos con hipercolesterolemia primaria (familiar y no familiar heterocigótica) o dislipidemia mixta, como adyuvante a la dieta en combinación con una estatina o una estatina con otros tratamientos para la reducción de los lípidos en pacientes que no puedan alcanzar sus objetivos de C-LDL con la dosis máxima tolerada de una estatina (ver las secciones 4.2, 4.3 y 4.4) o //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201424002

CN: 729841

**NUSTENDI 180/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Nustendi está indicado en adultos con hipercolesterolemia primaria (familiar y no familiar heterocigótica) o dislipidemia mixta, como adyuvante a la dieta solo en pacientes intolerantes a las estatinas o en los que esté contraindicada una estatina y no puedan lograr los objetivos de C-LDL con ezetimiba en monoterapia //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nustendi está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento

complementario a la corrección de otros factores de riesgo en pacientes que toman la dosis máxima tolerada de una estatina y no están adecuadamente controlados con el tratamiento adicional de ezetimiba. Para los resultados de los estudios con respecto a los efectos en el C-LDL, los eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas, ver sección 5.1.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nustendi está indicado en adultos con hipercolesterolemia primaria (familiar y no familiar heterocigótica) o dislipidemia mixta, como adyuvante a la dieta en pacientes ya tratados con la combinación de ácido bempedoico y ezetimiba, en comprimidos independientes con o sin estatina //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nustendi está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo en pacientes ya en tratamiento con ácido bempedoico y ezetimiba combinados en comprimidos separados.

Para los resultados de los estudios con respecto a los efectos en el C-LDL, los eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas, ver sección 5.1.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nustendi está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo en pacientes que no toleran las estatinas, o para los que estas están contraindicadas, y no están adecuadamente controlados con el tratamiento de ezetimiba. Para los resultados de los estudios con respecto a los efectos en el C-LDL, los eventos cardiovasculares y las poblaciones estudiadas, ver sección 5.1.

//

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

Nustendi está indicado en adultos con hipercolesterolemia primaria (familiar y no familiar)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

heterocigótica) o dislipidemia mixta, como adyuvante a la dieta en combinación con una estatina en pacientes que no puedan alcanzar sus objetivos de C-LDL con la dosis máxima tolerada de una estatina más ezetimiba (ver las secciones 4.2, 4.3 y 4.4). //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

---

Nº REG: 71953

CN: 667296

**ORALAIR INICIO 100/300 IR 1 X 3 + 1 X 28  
COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Tratamiento de la rinitis alérgica con o sin conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos, adolescentes y niños (mayores de cinco años) con síntomas clínicamente relevantes, confirmada por una prueba cutánea positiva y/o por una prueba positiva de IgE específica al polen de gramíneas.

---

Nº REG: 71954

CN: 667297

**ORALAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Tratamiento de la rinitis alérgica con o sin conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos, adolescentes y niños (mayores de cinco años) con síntomas clínicamente relevantes, confirmada por una prueba cutánea positiva y/o por una prueba positiva de IgE específica al polen de gramíneas.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 117251002

CN: 723345

**OZEMPIC 0,25MG 1 PLUMA PRECARGADA 1,5ML**  
**SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

No se incluye en la prestación farmacéutica del SNS la posología de 2 mg una vez a la semana (NM feb - 25)

Nº REG: 1171251002IP

CN: 765727

**OZEMPIC 0,25MG 1 PLUMA PRECARGADA DE 1,5ML**  
**SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171251003

CN: 723346

**OZEMPIC 0,5MG 1 PLUMA PRECARGADA 1,5ML**  
**SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

No se incluye en la prestación farmacéutica del SNS la posología de 2 mg una vez a la semana (NM feb - 25)

Nº REG: 1171251003IP

CN: 765728

**OZEMPIC 0,5MG 1 PLUMA PRECARGADA DE 1,5ML**  
**SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171251005

CN: 723347

**OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

No se incluye en la prestación farmacéutica del SNS la posología de 2 mg una vez a la semana (NM feb - 25)

Nº REG: 1171251005IP

CN: 765729

**OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA DE 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ozempic está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10644001

CN: 665891

**PECFENT 100MCG/PULV 1 ENVASE 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL**

## INDICACIONES

PecFent está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en los adultos que están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor oncológico crónico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un dolor de base persistente, por lo demás, controlado.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son aquellos que toman como mínimo 60 mg de morfina por vía oral al día, 25 microgramos de fentanilo por vía transdérmica por hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide, durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

Nº REG: 10644002

CN: 665892

**PECFENT 100MCG/PULV 4 ENVASES 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL**

## INDICACIONES

PecFent está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en los adultos que están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor oncológico crónico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un dolor de base persistente, por lo demás, controlado.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son aquellos que toman como mínimo 60 mg de morfina por vía oral al día, 25 microgramos de fentanilo por vía transdérmica por hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide, durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10644003

CN: 665894

**PECFENT 400MCG/PULV 1 ENVASE 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL**

## INDICACIONES

PecFent está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en los adultos que están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor oncológico crónico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un dolor de base persistente, por lo demás, controlado.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son aquellos que toman como mínimo 60 mg de morfina por vía oral al día, 25 microgramos de fentanilo por vía transdérmica por hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide, durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

Nº REG: 10644004

CN: 665895

**PECFENT 400MCG/PULV 4 ENVASES 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL**

## INDICACIONES

PecFent está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en los adultos que están recibiendo tratamiento de mantenimiento con opioides para el dolor oncológico crónico. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre un dolor de base persistente, por lo demás, controlado.

Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son aquellos que toman como mínimo 60 mg de morfina por vía oral al día, 25 microgramos de fentanilo por vía transdérmica por hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide, durante una semana o más //

Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069002

CN: 664304

**PLAVIX 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP4

CN: 763177

**PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001

CN: 714433

**PLAVIX 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001

CN: 654542

**PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP

CN: 665974

**PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP2

CN: 711550

**PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP3

CN: 711552

**PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08442005

CN: 654799

**PRADAXA 110MG 10 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

Nº REG: 08442007

CN: 654801

**PRADAXA 110MG 60 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08442006

CN: 654800

**PRADAXA 110MG 30 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

---

Nº REG: 08442011

CN: 654802

**PRADAXA 150MG 60 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular novalvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08442003

CN: 654797

**PRADAXA 75MG 60 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

Nº REG: 08442002

CN: 654796

**PRADAXA 75MG 30 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

---

Nº REG: 84648

CN: 727357

**PRASUGREL COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83509

CN: 723808

**PRASUGREL KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p. ej., angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 83532

CN: 723869

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

## INDICACIONES

Co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p. ej., angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 82929

CN: 720970

**PRASUGREL RATIOPHARM 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, coadministrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84066

CN: 725458

**PRASUGREL STADAGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p. ej., angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 84065

CN: 725456

**PRASUGREL STADAGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p. ej., angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 82930

CN: 720971

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

## INDICACIONES

Prasugrel, coadministrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86005

CN: 731111

**PRASUGREL VIVANTA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 86004

CN: 731110

**PRASUGREL VIVANTA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prasugrel, co-administrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

---

Nº REG: 88473

CN: 760980

**PRIVENAX 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88473

CN: 760981

**PRIVENAX 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$ Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 88471

CN: 760978

**PRIVENAX 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

-Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV), con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad  $\geq$  75años; insuficiencia cardíaca ( $\geq$  Clase II escala NYHA); diabetes mellitus; hipertensión.

-Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (ABRIL-24)

---

Nº REG: 88472

CN: 760979

**PRIVENAX 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla, programadas en ambos casos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211587016

CN: 758202

**RAYVOW 100MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

RAYVOW está indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en adultos

//

Se limita su dispensación mediante visado a:

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta, y/o

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular.

Nº REG: 1211587016

CN: 758201

**RAYVOW 100MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

RAYVOW está indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en adultos

//

Se limita su dispensación mediante visado a:

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta, y/o

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211587006

CN: 758200

**RAYVOW 50MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

RAYVOW está indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en adultos

//

Se limita su dispensación mediante visado a:

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta, y/o

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular.

Nº REG: 1211587006

CN: 758199

**RAYVOW 50MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

RAYVOW está indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en adultos

//

Se limita su dispensación mediante visado a:

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta, y/o

-Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87470

CN: 748173

**RIVAROXABAN ALTER 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 87471

CN: 748174

**RIVAROXABAN ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 87472

CN: 748176

**RIVAROXABAN ALTER 20MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad >= 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89563

CN: 764931

**RIVAROXABAN BLUEFISH 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89563

CN: 764930

**RIVAROXABAN BLUEFISH 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 89564

CN: 764932

**RIVAROXABAN BLUEFISH 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual a 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89565

CN: 764934

**RIVAROXABAN BLUEFISH 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual a 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89714

CN: 765407

**RIVAROXABAN CINFA 10MG 30 CÁPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88884

CN: 762863

**RIVAROXABAN CINFA 10MG 10 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 88884

CN: 762864

**RIVAROXABAN CINFA 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 89712

CN: 765399

**RIVAROXABAN CINFA 15MG 28 CÁPSULAS DURAS  
(PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 88885

CN: 762866

**RIVAROXABAN CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89713

CN: 765403

RIVAROXABAN CINFA 20MG 28 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88886

CN: 762868

RIVAROXABAN CINFA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88428

CN: 760419

RIVAROXABAN COMBIX 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 88428

CN: 760418

RIVAROXABAN COMBIX 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88429

CN: 760423

**RIVAROXABAN COMBIX 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 88429

CN: 760420

**RIVAROXABAN COMBIX 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88430

CN: 760424

**RIVAROXABAN COMBIX 20MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad >= 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 84307

CN: 726264

**RIVAROXABAN DR REDDYS 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84307

CN: 726263

**RIVAROXABAN DR REDDYS 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 84310

CN: 726278

**RIVAROXABAN DR REDDYS 15MG 42 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 84310

CN: 726277

**RIVAROXABAN DR REDDYS 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 84308

CN: 726258

**RIVAROXABAN DR REDDYS 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88967

CN: 763115

XARIVA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 88968

CN: 763117

XARIVA 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88969

CN: 763119

XARIVA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 85047

CN: 728419

RIVAROXABAN KRKA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85047

CN: 728418

**RIVAROXABAN KRKA 10MG 10 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 85048

CN: 728422

**RIVAROXABAN KRKA 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 85048

CN: 728421

**RIVAROXABAN KRKA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85049

CN: 728423

**RIVAROXABAN KRKA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88828

CN: 762726

**RIVAROXABAN SANDOZ FARMACEUTICA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 88828

CN: 762725

**RIVAROXABAN SANDOZ FARMACEUTICA 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88829

CN: 762727

**RIVAROXABAN SANDOZ FARMACEUTICA 15MG 28  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 88829

CN: 762728

**RIVAROXABAN SANDOZ FARMACEUTICA 15MG 42  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88830

CN: 762729

**RIVAROXABAN SANDOZ FARMACEUTICA 20MG 28  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad >= 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86408

CN: 732246

RIVAROXABAN SANDOZ 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 86408

CN: 734011

RIVAROXABAN SANDOZ 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 86408

CN: 734012

RIVAROXABAN SANDOZ 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 86408

CN: 732251

RIVAROXABAN SANDOZ 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86407

CN: 732225

**RIVAROXABAN SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 86407

CN: 732228

**RIVAROXABAN SANDOZ 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 86407

CN: 732240

**RIVAROXABAN SANDOZ 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86407

CN: 732238

**RIVAROXABAN SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 86414

CN: 734013

**RIVAROXABAN SANDOZ 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 86414

CN: 732282

**RIVAROXABAN SANDOZ 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC-AL) EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88433

CN: 763218

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

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88434

CN: 760492

**RIVAROXABAN STADA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88435

CN: 760516

**RIVAROXABAN STADA 20MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad >= 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 85043

CN: 728411

**RIVAROXABAN TAD 10MG 10 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 85043

CN: 728412

**RIVAROXABAN TAD 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85044

CN: 728414

**RIVAROXABAN TAD 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 85044

CN: 728415

**RIVAROXABAN TAD 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 85045

CN: 728416

**RIVAROXABAN TAD 20MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88788

CN: 762524

**RIVAROXABAN TARBIS 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 88788

CN: 762523

**RIVAROXABAN TARBIS 10MG 10 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 88789

CN: 762527

**RIVAROXABAN TARBIS 15MG 42 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 88789

CN: 762525

**RIVAROXABAN TARBIS 15MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88790

CN: 762528

**RIVAROXABAN TARBIS 20MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88571

CN: 761865

**RIVAROXABAN TECNIGEN 10MG 10 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 88571

CN: 761866

**RIVAROXABAN TECNIGEN 10MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88572

CN: 761868

**RIVAROXABAN TECNIGEN 15MG 42 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 88572

CN: 761867

**RIVAROXABAN TECNIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 88573

CN: 761869

**RIVAROXABAN TECNIGEN 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211588033

CN: 762085

RIVAROXABAN VIATRIS 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 1211588047

CN: 762086

RIVAROXABAN VIATRIS 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89273

CN: 764471

RIVAXA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89273

CN: 764143

**RIVAXA 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

Nº REG: 81846

CN: 715306

**ROSUVASTATINA KRKA 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

Nº REG: 88741

CN: 762441

**ROSUVASTATINA NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81937

CN: 715575

**ROSUVASTATINA NORMON 40MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido del medicamento en pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

Nº REG: 89823

CN: 765755

**ROSUVASTATINA TEVA 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA**

## INDICACIONES

Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

Nº REG: 84146

CN: 725808

**ROSUVASTATINA VEGAL 40MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido del medicamento en: Pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevará a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201430008

CN: 728315

**RYBELSUS 14MG 30 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Rybelsus está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que no han sido controlados adecuadamente para mejorar el control glucémico, como complemento de la dieta y el ejercicio en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados del estudio con respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los episodios cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Uso limitado a personas obesas con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

---

Nº REG: 1201430002

CN: 728316

**RYBELSUS 3MG 30 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Rybelsus está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que no han sido controlados adecuadamente para mejorar el control glucémico, como complemento de la dieta y el ejercicio en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados del estudio con respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los episodios cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Uso limitado a personas obesas con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201430005

CN: 728317

**RYBELSUS 7MG 30 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Rybelsus está indicado en el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que no han sido controlados adecuadamente para mejorar el control glucémico, como complemento de la dieta y el ejercicio en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados del estudio con respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los episodios cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Uso limitado a personas obesas con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211565001

CN: 732100

**RYEQO 40MG/1MG/0,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Ryeqo está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva  
//

Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes:

-Con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas ( $\geq 80$  mL por ciclo durante 2 ciclos o  $\geq 160$  mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada) y sin historial de problemas cardiovasculares o tromboembólicos o en las que no sea adecuada la cirugía radical (histerectomía) y que no deseen concebir durante el tratamiento.  
-Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento.

Ryeqo está indicado en mujeres adultas en edad reproductiva para el tratamiento sintomático de la endometriosis en mujeres con antecedentes de tratamiento médico o quirúrgico previo

//

La financiación se restringe a mujeres con endometriosis confirmada por visualización directa durante intervención quirúrgica, confirmación histológica y/o técnicas de diagnóstico por imagen, y que padezcan dolor de moderado a intenso evaluado según una escala de valoración numérica (NRS) de 11 puntos, que concretamente obtengan una puntuación en la escala NRS  $\geq 4,0$  en al menos 2 días para dismenorrea y:

1. Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para dolor pélvico no menstrual (DPNM)  $\geq 2,5$ ; o
2. Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para DPNM  $\geq 1,25$  y NRS para DPNM  $\geq 5,0$  en 4 días.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211565001

CN: 764427

**RYEQO 40MG/1MG/0,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (BLISTER)**

## INDICACIONES

Ryeqo está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva //

Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes:

-Con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas ( $\geq 80$  mL por ciclo durante 2 ciclos o  $\geq 160$  mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada) y sin historial de problemas cardiovasculares o tromboembólicos o en las que no sea adecuada la cirugía radical (histerectomía) y que no deseen concebir durante el tratamiento.  
-Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento.

Ryeqo está indicado en mujeres adultas en edad reproductiva para el tratamiento sintomático de la endometriosis en mujeres con antecedentes de tratamiento médico o quirúrgico previo

//

La financiación se restringe a mujeres con endometriosis confirmada por visualización directa durante intervención quirúrgica, confirmación histológica y/o técnicas de diagnóstico por imagen, y que padezcan dolor de moderado a intenso evaluado según una escala de valoración numérica (NRS) de 11 puntos, que concretamente obtengan una puntuación en la escala NRS 4,0 en al menos 2 días para dismenorrea y:

1. Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para dolor pélvico no menstrual (DPNM) 2,5; o
2. Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para DPNM 1,25 y NRS para DPNM 5,0 en 4 días.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

---

Nº REG: 112815002

CN: 697871

**SELINCRO 18MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Selincro está indicado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia del alcohol que presentan un nivel de consumo de alcohol de alto riesgo (NCR) [ver sección 5.1], sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata.

Selincro solo se debe prescribir junto con apoyo psicosocial mantenido dirigido a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo de alcohol.

El tratamiento con Selincro se debe iniciar únicamente en los pacientes que mantienen un NCR alto dos semanas después de la evaluación inicial.

Nº REG: 112815002IP

CN: 766236

**SELINCRO 18MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Selincro está indicado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia del alcohol que presentan un nivel de consumo de alcohol de alto riesgo (NCR) [ver sección 5.1], sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata.

Selincro solo se debe prescribir junto con apoyo psicosocial mantenido dirigido a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo de alcohol.

El tratamiento con Selincro se debe iniciar únicamente en los pacientes que mantienen un NCR alto dos semanas después de la evaluación inicial.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 57011

CN: 969626

**SUPREFACT 1MG/ML 2 VIALES 5,5ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

- en el hombre: carcinoma de prostata, cuando este indicado suprimir la produccion de hormonas testiculares.  
- en la mujer: tratamiento complementario, en asociaci3n con gonadotropinas para la induccion de la ovulaci3n en un programa de fecundacion in vitro.

---

Nº REG: 60079

CN: 696831

**SYNAREL 200MCG/PULV 1 FRASCO 8ML SOLUCION PULVERIZACION NASAL**

## INDICACIONES

Endometriosis de localizacion genital y extragenital (del estadío I al IV). Programas de estimulacion ovarica controlada, previos a la fertilizacion ovarica controlada, previos a la fertilizacion in vitro, bajo la supervision de un especialidsta

---

Nº REG: 61805

CN: 665273

**TAU-KIT 100MG 1 COMPRIMIDO SOLUBLE**

## INDICACIONES

diagnostico in vivo de la infeccion gastroduodenal por Helicobacter Pylori

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89498

CN: 764713

**TICAGRELOR ALTER 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELÍCULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

Nº REG: 89498

CN: 764714

**TICAGRELOR ALTER 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELÍCULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

---

Nº REG: 89557

CN: 764912

**TICAGRELOR CINFA 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89558

CN: 764913

**TICAGRELOR CINFA 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:  
síndromes coronarios agudos (SCA) o  
antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

---

Nº REG: 89741

CN: 765478

**TICAGRELOR COMBIX 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELÍCULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89742

CN: 765481

**TICAGRELOR COMBIX 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELÍCULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89287

CN: 764183

**TICAGRELOR DR. REDDYS 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89286

CN: 764184

**TICAGRELOR DR. REDDYS 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89112

CN: 763657

**TICAGRELOR KERN PHARMA 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89120

CN: 763674

**TICAGRELOR KERN PHARMA 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89355

CN: 764326

**TICAGRELOR NORMOGEN 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89356

CN: 764327

**TICAGRELOR NORMOGEN 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- Síndromes coronarios agudos (SCA) o
- Antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89353

CN: 764324

**TICAGRELOR NORMON 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89354

CN: 764325

**TICAGRELOR NORMON 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- Síndromes coronarios agudos (SCA) o
- Antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89396

CN: 764433

**TICAGRELOR PENSA 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89395

CN: 764432

**TICAGRELOR PENSA 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89536

CN: 764859

**TICAGRELOR SANDOZ 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (AL/PVC/PE/PVDC) EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: "administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal"

Nº REG: 89536

CN: 764858

**TICAGRELOR SANDOZ 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (AL/OPA/AL/PVC) EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: "administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal"

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89537

CN: 764861

**TICAGRELOR SANDOZ 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (AL/OPA/AL/PVC) EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico (ver secciones 4.2 y 5.1)

Nº REG: 89537

CN: 764860

**TICAGRELOR SANDOZ 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (AL/OPA/AL/PVC) EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico (ver secciones 4.2 y 5.1)

Nº REG: 86151

CN: 731491

**TICAGRELOR STADA 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86152

CN: 731492

**TICAGRELOR STADA 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA)
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

---

Nº REG: 89826

CN: 765771

**TICAGRELOR TARBIS 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 89825

CN: 765772

**TICAGRELOR TARBIS 90MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88933

CN: 762994

**TICAGRELOR TECNIGEN 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Usó restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$ 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

---

Nº REG: 88934

CN: 762995

**TICAGRELOR TECNIGEN 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86456

CN: 732506

**TICAGRELOR TEVA 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

Nº REG: 86456

CN: 732505

**TICAGRELOR TEVA 60MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86457

CN: 732507

**TICAGRELOR TEVA 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (OPA/AL/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

Nº REG: 86457

CN: 732508

**TICAGRELOR TEVA 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

---

Nº REG: 89520

CN: 764798

**TICAGRELOR VIVANTA 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad  $\geq$  65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89518

CN: 764799

**TICAGRELOR VIVANTA 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Ticagrelor, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

Nº REG: 89560

CN: 764924

**TIKATA 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Uso restringido para la siguiente indicación: administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

Nº REG: 89561

CN: 764927

**TIKATA 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (PVC/PVDC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Tikata, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con:

- síndromes coronarios agudos (SCA) o
- antecedentes de infarto de miocardio (IM) y alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 112807004

CN: 697408

**TRESIBA 100U/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de 1 año //  
Su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabeticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y analogos de insulina de accion prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias

---

Nº REG: 1120807007

CN: 729066

**TRESIBA 100UNIDADES/ML 5 CARTUCHOS 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de 1 año //  
Su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabeticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y analogos de insulina de accion prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias.

---

Nº REG: 112807004IP1

CN: 759283

**TRESIBA 100U/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de 1 año //  
Su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y análogos de insulina de acción prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 112807013

CN: 726213

**TRESIBA 200U/ML 3 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de 1 año //

Su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabeticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y analogos de insulina de accion prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias

---

Nº REG: 114956002

CN: 704633

**TRULICITY 0,75MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Trulicity está indicado para el tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114956007

CN: 704632

**TRULICITY 1,5MG 4 PLUMAS PRECARGADAS  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Trulicity está indicado para el tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1140956012

CN: 729930

**TRULICITY 3MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Trulicity está indicado para el tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

---

Nº REG: 1140956015

CN: 730098

**TRULICITY 4,5MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Trulicity está indicado para el tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociado a dieta y ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados de los ensayos respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los acontecimientos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67650

CN: 654057

**UBTEST100MG 1 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA**

## INDICACIONES

Este medicamento es únicamente para uso diagnóstico. UBTest 100 mg comprimidos recubiertos con película está indicado para el diagnóstico in vivo de la infección gastroduodenal por Helicobacter pylori.

---

Nº REG: 71869

CN: 664682

**VATOUD 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en adultos para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en:

Pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).
- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.(NUEVA INDICACION)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71869

CN: 697268

**VATOUD 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Prevención de acontecimientos aterotrombóticos

Vatoud está indicado en:

Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo:

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

- Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS. Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular

En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89603

CN: 765034

**VAXAR PLUS 30/10MG 30 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

-Restricción para su uso en Hipercolesterolemia primaria:  
Rosuvastatina/Ezetimiba está indicado como adyuvante de la dieta para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria como terapia de sustitución en pacientes adultos adecuadamente controlados con los productos individuales, dados simultáneamente en el mismo nivel de dosis que en la combinación de dosis fija, pero como productos separados, es decir, pacientes en tratamiento previo y controlados con rosuvastatina 30 mg y ezetimiba 10 mg. El inicio del tratamiento o el ajuste de la dosis, si fuera necesario, solo se debe efectuar con los monocomponentes y, una vez establecidas las dosis correspondientes es posible cambiar a la combinación de dosis fija de la concentración adecuada.

-Restricción para su uso en Prevención de eventos cardiovasculares:  
Rosuvastatina/Ezetimiba está indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (ver sección 5.1) como terapia de sustitución en pacientes adultos con cardiopatía coronaria (CC) y antecedentes de síndrome coronario agudo (SCA), que están adecuadamente controlados con los productos individuales administrados simultáneamente al mismo nivel de dosis que en el medicamento de combinación fija, pero como productos separados, es decir, pacientes en tratamiento previo y controlados con rosuvastatina 30 mg y ezetimiba 10 mg. El inicio del tratamiento o el ajuste de la dosis, si fuera necesario, solo se debe efectuar con los monocomponentes y, una vez establecidas las dosis correspondientes es posible cambiar a la combinación de dosis fija de la concentración adecuada.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201524001

CN: 731254

**VAZKEPA 998MG 120 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Vazkepa está indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos tratados con estatinas con riesgo cardiovascular alto con triglicéridos altos ( $\geq 150$  mg/dl) y una enfermedad cardiovascular diagnosticada //

En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado, para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica y con un riesgo alto de eventos cardiovasculares, con tratamiento optimizado y valores de C-LDL de entre mayor a 40 mg/dL y menor o igual a 100 mg/dL y en los que los valores de TG persisten elevados (mayor de 150 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas +/- otros hipolipemiantes a dosis máximas toleradas.

\*Se define Enfermedad arteriosclerótica como:

- síndrome coronario agudo (como infarto de miocardio o angina inestable), necesitando hospitalización, o
- procedimientos de revascularización coronaria u otras arterias,
- enfermedad coronaria crónica, o
- ACV isquémico, o
- enfermedad arterial periférica

Vazkepa está indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos tratados con estatinas con riesgo cardiovascular alto con triglicéridos altos ( $\geq 150$  mg/dl) y diabetes y, al menos, otro factor de riesgo cardiovascular.

Consultar los detalles incluidos los factores de riesgo cardiovascular y los resultados del estudio sobre los efectos en los eventos cardiovasculares en la sección 5.1. //

En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica y con un riesgo alto de eventos cardiovasculares, con tratamiento optimizado y valores de C-LDL de entre mayor a 40 mg/dL y menor o igual a 100 mg/dL y en los que los valores de TG persisten elevados (mayor de 150 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas +/- otros hipolipemiantes a dosis máximas toleradas.

\*Se define Enfermedad arteriosclerótica como:

- síndrome coronario agudo (como infarto de miocardio o angina inestable), necesitando hospitalización, o

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

- procedimientos de revascularización coronaria u otras arterias,
- enfermedad coronaria crónica, o
- ACV isquémico, o
- enfermedad arterial periférica

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

---

Nº REG: 1171179004

CN: 720641

**VELTASSA 16,8G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL**

## INDICACIONES

Veltassa está indicado para el tratamiento de la hiperpotasemia en adultos. //

Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistentes en limitar su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

---

Nº REG: 1171179001

CN: 720640

**VELTASSA 8,4G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL**

## INDICACIONES

Veltassa está indicado para el tratamiento de la hiperpotasemia en adultos. //

Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistentes en limitar su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211561023

CN: 731451

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

## INDICACIONES

Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida que están estabilizados después de un episodio reciente de descompensación que requirió tratamiento por vía intravenosa (ver sección 5.1). //

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, al tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40% , que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211561023

CN: 731450

**VERQUVO 10MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA**

## INDICACIONES

Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida que están estabilizados después de un episodio reciente de descompensación que requirió tratamiento por vía intravenosa (ver sección 5.1). //

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, al tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40% , que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren

estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211561001

CN: 731452

**VERQUVO 2,5MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida que están estabilizados después de un episodio reciente de descompensación que requirió tratamiento por vía intravenosa (ver sección 5.1). //

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, al tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40% , que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren

estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211561012

CN: 731453

**VERQUVO 5MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida que están estabilizados después de un episodio reciente de descompensación que requirió tratamiento por vía intravenosa (ver sección 5.1). //

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, al tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40% , que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.

---

Nº REG: 71848

CN: 700727

**VERSATIS 700MG 20 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS**

## INDICACIONES

Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.

Nº REG: 34009\_382\_856\_7\_3

CN: 724879

**VERSATIS 700MG 30 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS**

## INDICACIONES

Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 34009\_382\_856\_7\_3

CN: 724878

VERSATIS 700MG 20 APOSITOS ADHESIVOS  
MEDICAMENTOSOS

## INDICACIONES

Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.

Nº REG: 71848

CN: 700726

VERSATIS 700MG 30 APOSITOS ADHESIVOS  
MEDICAMENTOSOS

## INDICACIONES

Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09529002

CN: 662979

**VICTOZA 6MG/ML 2 PLUMAS PRECAR 3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Victoza está indicado en el tratamiento de adultos, adolescentes y niños a partir de 10 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, que no han sido controlados adecuadamente, como complemento de la dieta y el ejercicio añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

Para consultar los resultados del estudio con respecto a las combinaciones, los efectos sobre el control glucémico y los eventos cardiovasculares, así como las poblaciones estudiadas, ver las secciones 4.4, 4.5 y 5.1. //

Financiación restringida, en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado a pacientes con sobrepeso con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> que reúnan las indicaciones terapéuticas autorizadas del tratamiento de adultos, adolescentes y niños a partir de 10 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 para alcanzar el control glucémico en combinación con medicamentos hipoglucemiantes orales y/o insulina basal cuando estos, junto con dieta y ejercicio, no logran un control glucémico adecuado.

---

Nº REG: 78357

CN: 701120

**VIRIREC 3MG/G 100MG 4 APLICADORES CREMA**

## INDICACIONES

Tratamiento de hombres mayor o igual a 18 años de edad con disfunción eréctil, con incapacidad para obtener o mantener una erección adecuada para una actividad sexual satisfactoria.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114918011

CN: 703171

**VOKANAMET 150/1000MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en pacientes no suficientemente controlados con las dosis máximas toleradas de metformina en monoterapia //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes, en pacientes no suficientemente controlados con metformina y estos medicamentos //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en pacientes ya tratados con la combinación de canagliflozina y metformina en comprimidos distintos //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114918008

CN: 703172

**VOKANAMET 150/850MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en pacientes no suficientemente controlados con las dosis máximas toleradas de metformina en monoterapia //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes, en pacientes no suficientemente controlados con metformina y estos medicamentos //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en pacientes ya tratados con la combinación de canagliflozina y metformina en comprimidos distintos //

Su uso se restringe al Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50mg/850mg ó 50mg/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1221645002

CN: 764490

VYDURA 75MG 2 COMPRIMIDOS LIOFILIZADO ORAL

## INDICACIONES

VYDURA está indicado para el tratamiento agudo de la migraña con o sin aura en adultos

//

Se restringe a pacientes adultos con al menos 2 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta.

---

Nº REG: 08472006

CN: 654732

XARELTO 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

Nº REG: 08472007

CN: 654750

XARELTO 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08472012

CN: 686887

**XARELTO 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 08472018

CN: 686894

**XARELTO 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad  $\geq$  75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89605

CN: 765036

**XARIVA 10MG 30 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89606

CN: 765037

**XARIVA 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad mayor o igual de 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 89607

CN: 765038

**XARIVA 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como, por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad > o = 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

---

Nº REG: 58603

CN: 685719

**ZOLADEX 3,6MG/JER 1 IMPLANTE JERINGA PREC**

## INDICACIONES

- carcinoma de prostata avanzado, cuando el tratamiento hormonal esta indicado.
- cancer de mama en pacientes pre y perimenopausicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado.
- endometriosis
- fibromas uterinos
- disminucion del grosor del endometrio antes de la ablacion del mismo para esta indicacion, se deberan administrar dos depots de Zoladex 3,6 con un intervalo de cuatro semanas, estando planificada la intervencion quirurgica entre la semana cero y la segunda despues del ultimo depot inyectado.
- reproduccion asistida: supresion del control hipofisario en la preparacion para la superovulacion.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09553003IP

CN: 727427

**ZYLLT 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica, en combinación con AAS.

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).

Clopidogrel está indicado en pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

---

**FIN DEL TIPO DE VISADO  
CPD**

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80580

CN: 709769

**ABIK 1MG/ML 150 ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79154

CN: 704003

**ABIK 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79151

CN: 704000

**ABIK 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79155

CN: 704004

**ABIK 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79152

CN: 704001

**ABIK 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79153

CN: 704002

**ABIK 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

-Tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

-Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79150

CN: 703999

**ABIK 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 113882001

CN: 701735

**ABILIFY MAINTENA 300MG 1 VIAL POLVO +1 VIAL DISOLV SUSPENS LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 113882002

CN: 701736

**ABILIFY MAINTENA 400MG 1 VIAL POLVO +1 VIAL DISOLV SUSPENS LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113882002IP1

CN: 763693

**ABILIFY MAINTENA 400MG 1 VIAL POLVO Y 1 VIAL DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA INYECTABLE**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 113882002IP

CN: 763460

**ABILIFY MAINTENA 400MG 1 VIAL POLVO Y 1 VIAL DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA INYECTABLE**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

Nº REG: 113882009

CN: 764868

**ABILIFY MAINTENA 720MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 2,4ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACIÓN PROLONGADA**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113882010

CN: 764869

**ABILIFY MAINTENA 960MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 3,2ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACIÓN PROLONGADA**

## INDICACIONES

Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

Nº REG: 04276034

CN: 652738

**ABILIFY 1MG/ML 150ML SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). // Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007

CN: 728196

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007IP4

CN: 765002

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007IP3

CN: 727740

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007IP2

CN: 724618

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007IP1

CN: 723945

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276007IP

CN: 720799

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276025

CN: 651608

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276025IP

CN: 728975

**ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276012

CN: 728220

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276012IP1

CN: 732116

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276012IP3

CN: 727741

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276012 IP2

CN: 724619

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04278012IP1

CN: 724543

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276012IP

CN: 720815

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276028

CN: 651609

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276028IP

CN: 728945

**ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276017

CN: 728311

**ABILIFY 30MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276002

CN: 728154

**ABILIFY 5MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 04276036

CN: 656168

**ABILIFY 7,5MG/ML 1 VIAL 1,3ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

ABILIFY está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

ABILIFY está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 88906

CN: 762924

**ABILIUM 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
  - Tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.
  - Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88907

CN: 762927

**ABILIUM 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
  - Tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.
  - Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.
- 

Nº REG: 88905

CN: 762920

**ABILIUM 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
  - Tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.
  - Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88580

CN: 761884

**ABIPOL 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Este medicamento está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Este medicamento está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 88582

CN: 761887

**ABIPOL 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Este medicamento está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Este medicamento está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88579

CN: 761883

**ABIPOL 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Este medicamento está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentan episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Este medicamento está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 89904

CN: 766052

**AKITEX 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Akitex está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89905

CN: 766053

**AKITEX 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Akitex está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 89903

CN: 766051

**AKITEX 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Akitex está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82057

CN: 716189

**AMISULPRIDA AUROVITAS 100MG 60 COMPRIMIDOS (BLISTER PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia crónica y aguda, cuyos síntomas positivos (como ilusiones, alucinaciones, trastornos del pensamiento) y/o negativos (como afecto embotado, indiferencia social y emocional) sean destacados, incluyendo pacientes caracterizados por síntomas negativos predominantes.

---

Nº REG: 82058

CN: 716192

**AMISULPRIDA AUROVITAS 200MG 60 COMPRIMIDOS (BLISTER PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia crónica y aguda, cuyos síntomas positivos (como ilusiones, alucinaciones, trastornos del pensamiento) y/o negativos (como afecto embotado, indiferencia social y emocional) sean destacados, incluyendo pacientes caracterizados por síntomas negativos predominantes.

---

Nº REG: 82059

CN: 716196

**AMISULPRIDA AUROVITAS 400MG 30 COMPRIM RECUB PELIC (BLIST PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia crónica y aguda, cuyos síntomas positivos (como ilusiones, alucinaciones, trastornos del pensamiento) y/o negativos (como afecto embotado, indiferencia social y emocional) sean destacados, incluyendo pacientes caracterizados por síntomas negativos predominantes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69796

CN: 660954

**AMISULPRIDA NORMON 100MG 60 COMPRIM RECUB  
PELI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La amisulprida está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 69797

CN: 660955

**AMISULPRIDA NORMON 200MG 60 COMPRIMID RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La amisulprida está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 69798

CN: 660956

**AMISULPRIDA NORMON 400MG 30 COMPRIM RECUB  
PELI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La amisulprida está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 67647

CN: 654045

**AMISULPRIDA TARBIS 400MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69904

CN: 661152

**AMISULPRIDA RATIOPHARM 400MG 30 COMPRI REC  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: La amisulprida está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 79698

CN: 706025

**APALOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79684

CN: 705998

**APALOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79699

CN: 706026

**APALOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79685

CN: 705999

APALUZ 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 88719

CN: 762390

APALUZ 20MG 28 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.  
Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.  
Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88624

CN: 762089

**APALUZ 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 84962

CN: 728194

**APALUZ 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84961

CN: 728193

**APALUZ 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79683

CN: 705997

**APALUZ 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73789

CN: 677622

**ARENIL FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

Nº REG: 73789

CN: 677623

**ARENIL FLAS 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74138

CN: 680849

**ARENIL FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 74139

CN: 680851

**ARENIL FLAS 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73788

CN: 677621

**ARENIL FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68993

CN: 659364

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68993

CN: 659365

**ARENIL 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 68990

CN: 659361

**ARENIL 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68991

CN: 659362

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 68992

CN: 659363

**ARENIL 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80187

CN: 707771

**ARIPIPAZOL ALMUS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Almus está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Almus está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol Almus está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 80188

CN: 707772

**ARIPIPAZOL ALMUS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Almus está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Almus está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol Almus está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80186

CN: 707770

**ARIPIPAZOL ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 86186

CN: 731605

**ARIPIPAZOL ALTER GENERICOS 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86187

CN: 731607

**ARIPIPAZOL ALTER GENERICOS 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79686

CN: 706000

**ARIPIPAZOL ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79689

CN: 706004

**ARIPIPAZOL ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79687

CN: 706001

**ARIPIRAZOL ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79688

CN: 706003

**ARIPIRAZOL ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 88720

CN: 762391

**ARIPIRAZOL ALTER 20MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.  
Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.  
Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88669

CN: 762272

**ARIPIPAZOL ALTER 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79690

CN: 706005

**ARIPIPAZOL ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83850

CN: 724867

**ARIPIPAZOL AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 150ML  
SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79949

CN: 706811

**ARIPIPAZOL AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Aurovitas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79950

CN: 706813

**ARIPIPAZOL AUROVITAS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Aurovitas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79948

CN: 706810

**ARIPIPAZOL AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Aurovitas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 80788

CN: 710789

**ARIPIPAZOL CINFA 1MG/ML 150ML FRASCO VIDRIO SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol cinfa está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol cinfa está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol cinfa está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79317

CN: 704606

**ARIPIPAZOL CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79318

CN: 704607

**ARIPIPAZOL CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89097

CN: 763609

**ARIPIPAZOL CINFA 20MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 80185

CN: 707769

**ARIPIPAZOL CINFA 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79316

CN: 704605

**ARIPIPAZOL CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).
- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79973

CN: 706893

**ARIPIPAZOL COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79974

CN: 706894

**ARIPIPAZOL COMBIX 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79972

CN: 706892

**ARIPIPRAZOL COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79373

CN: 704753

**ARIPIPRAZOL FLAS CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79374

CN: 704754

**ARIPIPAZOL FLAS CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79375

CN: 704755

**ARIPIPAZOL FLAS CINFA 30MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80123

CN: 707444

**ARIPIPAZOL FLAS SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 80124

CN: 707460

**ARIPIPAZOL FLAS SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80125

CN: 707477

**ARIPIPAZOL FLAS SANDOZ 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 80195

CN: 707780

**ARIPIPAZOL FLAS STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Flas Stada está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Flas Stada está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Flas Stada está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80196

CN: 707781

**ARIPIPAZOL FLAS STADA 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Flas Stada está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Flas Stada está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Flas Stada está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81777

CN: 714978

**ARIPIPAZOL KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nueve episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81776

CN: 714977

**ARIPIPAZOL KRKA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nueve episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1)

---

Nº REG: 81775

CN: 714976

**ARIPIPAZOL KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nueve episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79776

CN: 706269

**ARIPIRAZOL MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79777

CN: 706270

**ARIPIRAZOL MABO 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79775

CN: 706268

**ARIPIRAZOL MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80777

CN: 710423

**ARIPIPAZOL MACLEODS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Macleods está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Macleods está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Macleods está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 80780

CN: 710433

**ARIPIPAZOL MACLEODS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Macleods está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Macleods está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Macleods está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151005005

CN: 730923

**ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151005008

CN: 730924

**ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151005002

CN: 730922

**ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Mylan Pharma está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 89143

CN: 763729

**ARIPIPRAZOL NORMOGEN 20MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89359

CN: 764330

**ARIPIPRAZOL NORMOGEN 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

---

Nº REG: 80482

CN: 709218

**ARIPIPRAZOL NORMON 1MG/ML 150ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol Normon está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Normon está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Normon está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79980

CN: 706916

**ARIPIPRAZOL NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol NORMON está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol NORMON está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol NORMON está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79810

CN: 706373

**ARIPIPRAZOL NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79981

CN: 706917

**ARIPIPAZOL NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol NORMON está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol NORMON está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol NORMON está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79811

CN: 706375

**ARIPIPAZOL NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89144

CN: 763728

**ARIPIPAZOL NORMON 20 MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos de moderados a severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 89358

CN: 764329

**ARIPIPAZOL NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84568

CN: 727177

**ARIPIPAZOL NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79809

CN: 706372

**ARIPIPAZOL NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86373

CN: 732150

**ARIPIPAZOL PENZA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 86375

CN: 732153

**ARIPIPAZOL PENZA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86374

CN: 732151

**ARIPIPAZOL PENZA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

---

Nº REG: 79377

CN: 704760

**ARIPIPAZOL QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79379

CN: 704762

**ARIPIPAZOL QUALIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 83349

CN: 723360

**ARIPIPAZOL QUALIGEN 20MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o graves en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1)



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79378

CN: 704761

**ARIPIPRAZOL QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79513

CN: 705120

**ARIPIPRAZOL RATIOPHARM 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol ratiopharm está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79514

CN: 705121

**ARIPIPRAZOL RATIOPHARM 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol ratiopharm está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79512

CN: 705118

ARIPIRAZOL RATIOPHARM 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol ratiopharm está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 1151029018

CN: 723456

ARIPIRAZOL SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

Aripiprazol Sandoz está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029032

CN: 723458

**ARIPIPRAZOL SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029051

CN: 723553

**ARIPIPAZOL SANDOZ 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Sandoz está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029004

CN: 723457

**ARIPIPRAZOL SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Aripiprazol Sandoz está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Aripiprazol Sandoz está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1). //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 80492

CN: 709239

**ARIPIPRAZOL STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80493

CN: 709240

**ARIPIPAZOL STADA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 80494

CN: 709241

**ARIPIPAZOL STADA 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80491

CN: 709237

**ARIPIPAZOL STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79588

CN: 705603

**ARIPIPAZOL TAD 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80785

CN: 710451

**ARIPIPRAZOL TARBIS FARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 80786

CN: 710460

**ARIPIPRAZOL TARBIS FARMA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80787

CN: 710469

**ARIPIPAZOL TARBIS FARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol Hetero está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79763

CN: 706237

**ARIPIPAZOL TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79764

CN: 706240

**ARIPIPAZOL TARBIS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79766

CN: 706244

ARIPIRAZOL TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79919

CN: 706660

ARIPIRAZOL TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79920

CN: 706661

ARIPIRAZOL TECNIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79918

CN: 706659

ARIPIRAZOL TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79692

CN: 706007

**ARIPIPAZOL TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79691

CN: 706006

**ARIPIPAZOL TEVA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79693

CN: 706008

**ARIPIPAZOL TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 79778

CN: 706271

**ARIPIPAZOL TEVAGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79779

CN: 706272

**ARIPIRAZOL TEVAGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 80442

CN: 708955

**ARIPIRAZOL VIR 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 80443

CN: 708956

**ARIPIRAZOL VIR 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

Nº REG: 80441

CN: 708954

**ARIPIRAZOL VIR 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79892

CN: 706568

**ARIZOL FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79891

CN: 706567

**ARIZOL FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1). Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79893

CN: 706569

**ARIZOL FLAS 30MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79449

CN: 704959

**ARIZOL 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

-Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79450

CN: 704960

**ARIZOL 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

-Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 83350

CN: 723362

**ARIZOL 20MG 28 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

- Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o graves en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o graves del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1)

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79451

CN: 704961

**ARIZOL 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 79448

CN: 704958

**ARIZOL 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

-Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66588

CN: 656543

**ARKETIN 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66588

CN: 656544

**ARKETIN 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66589

CN: 656541

**ARKETIN 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66589

CN: 656542

**ARKETIN 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**  
**PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66590

CN: 656537

**ARKETIN 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66590

CN: 656540

**ARKETIN 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81048

CN: 711573

QUETIAPINA ACCORD 150MG 60 COMPR LIBERAC  
PROL (BLI OPA/AL/PVC-AL) EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Accord (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74757

CN: 684595

**ATROLAK PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento

con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74758

CN: 684601

**ATROLAK PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los

médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 86246

CN: 731720

**BACEQ 100MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS  
SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

BACEQ está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral,

paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas

psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86243

CN: 731717

**BACEQ 150MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS**  
**SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

BACEQ está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 86245

CN: 731719

**BACEQ 50MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS**  
**SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

BACEQ está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86244

CN: 731718

**BACEQ 75MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS  
SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

BACEQ está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 1201453008

CN: 732562

**BYANLI 1000MG 1 JERINGA PREC+1 AGUJA SUSP  
INyec LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Paliperidona Janssen-Cilag International puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

Paliperidona Janssen-Cilag International está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201453007

CN: 732561

**BYANLI 700MG 1 JERINGA PREC+1 AGUJA SUSP  
INYEC LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Paliperidona Janssen-Cilag International puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

Paliperidona Janssen-Cilag International está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 83313

CN: 722466

**INPALIX 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83314

CN: 722467

**INPALIX 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83315

CN: 722468

**INPALIX 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 107395041

CN: 723799

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

## INDICACIONES

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. INVEGA está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107395045

CN: 723801

**INVEGA 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. INVEGA está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 107395049

CN: 723800

**INVEGA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. INVEGA está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107395049IP

CN: 766405

**INVEGA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. INVEGA está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 114913002

CN: 716976

**LATUDA 18,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Latuda está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes mayores de 13 años de edad y mayores. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 114913009

CN: 716975

**LATUDA 37MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Latuda está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes mayores de 13 años de edad y mayores. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114913016

CN: 716974

**LATUDA 74MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Latuda está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes mayores de 13 años de edad y mayores. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 89812

CN: 765697

**LURASIDONA CINFA 18,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89813

CN: 765698

**LURASIDONA CINFA 37MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89814

CN: 765699

**LURASIDONA CINFA 74MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89405

CN: 764462

**LURASIDONA TECNIGEN 18,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89407

CN: 764463

**LURASIDONA TECNIGEN 37MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89408

CN: 764465

**LURASIDONA TECNIGEN 74MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89729

CN: 765439

**LURASIDONA TEVA 18,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89730

CN: 765440

**LURASIDONA TEVA 37MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 89731

CN: 765441

**LURASIDONA TEVA 74MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Lurasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.

---

Nº REG: 1241795004

CN: 764770

**NIAPELF 100MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 1ML  
SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

Niapelf está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona

oral, Niapelf puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los

síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.

//

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1241795005

CN: 764771

**NIAPELF 150MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 1,5ML  
SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

Niapelf está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Niapelf puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.  
//  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1241795001

CN: 764767

**NIAPELF 25MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,25ML  
SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

Niapelf está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Niapelf puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.  
//  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1241795002

CN: 764772

**NIAPELF 50MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5ML  
SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

Niapelf está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Niapelf puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.  
//  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1241795003

CN: 764769

**NIAPELF 75MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,75ML  
SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION  
PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

Niapelf está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Niapelf puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.  
//  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211621002

CN: 732791

**OKEDI 100MG 1 JER PREC + 2 AGUJAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

OKEDI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos en los que se ha establecido la tolerabilidad y efectividad con risperidona oral. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1211621001

CN: 732790

**OKEDI 75MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

OKEDI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos en los que se ha establecido la tolerabilidad y efectividad con risperidona oral. //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 71154

CN: 663573

**OLANZAPINA ALMUS 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.  
Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.  
Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.  
Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71152

CN: 663570

**OLANZAPINA ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS**  
**RECUBIERT PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 73413

CN: 677482

**OLANZAPINA ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68964

CN: 659317

**OLANZAPINA ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

Nº REG: 68964

CN: 659319

**OLANZAPINA ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73415

CN: 677486

**OLANZAPINA ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan

trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68961

CN: 659314

**OLANZAPINA ALTER 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73412

CN: 677748

**OLANZAPINA ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan

trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio

maníaco

---

Nº REG: 68962

CN: 659315

**OLANZAPINA ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68705

CN: 658890

**OLANZAPINA ARISTO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 68705

CN: 658891

**OLANZAPINA ARISTO 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68702

CN: 658887

**OLANZAPINA ARISTO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68703

CN: 658888

**OLANZAPINA ARISTO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68704

CN: 658889

**OLANZAPINA ARISTO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 81009

CN: 711389

**OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81009

CN: 711394

**OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81004

CN: 711349

**OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81004

CN: 711353

**OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81008

CN: 711377

**OLANZAPINA AUROVITAS 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81007

CN: 711364

**OLANZAPINA AUROVITAS 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81010

CN: 711402

**OLANZAPINA AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81002

CN: 711324

**OLANZAPINA AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81003

CN: 711340

**OLANZAPINA AUROVITAS 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85116

CN: 728658

**OLANZAPINA CINFA 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

Nº REG: 85116

CN: 728659

**OLANZAPINA CINFA 10MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68830

CN: 659106

**OLANZAPINA CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

Nº REG: 68830

CN: 659107

**OLANZAPINA CINFA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85117

CN: 728660

**OLANZAPINA CINFA 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 85118

CN: 728661

**OLANZAPINA CINFA 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85119

CN: 728662

**OLANZAPINA CINFA 2,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68823

CN: 659096

**OLANZAPINA CINFA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85120

CN: 728663

**OLANZAPINA CINFA 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68828

CN: 659104

**OLANZAPINA CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85154

CN: 728756

**OLANZAPINA CINFA 7,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68829

CN: 659105

**OLANZAPINA CINFA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71321

CN: 672133

**OLANZAPINA COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 71321

CN: 672134

**OLANZAPINA COMBIX 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74166

CN: 680953

**OLANZAPINA COMBIX 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

Nº REG: 74166

CN: 680954

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71324

CN: 672598

**OLANZAPINA COMBIX 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 74949

CN: 685400

**OLANZAPINA COMBIX 2.5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71316

CN: 672135

**OLANZAPINA COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 74164

CN: 680951

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74165

CN: 680952

**OLANZAPINA COMBIX 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68739

CN: 658938

**OLANZAPINA DARI PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno

bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68739

CN: 658939

**OLANZAPINA DARI PHARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68736

CN: 658935

**OLANZAPINA DARI PHARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68737

CN: 658936

**OLANZAPINA DARI PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68738

CN: 658937

**OLANZAPINA DARI PHARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73685

CN: 673790

**OLANZAPINA FLAS ARISTO 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

Nº REG: 73684

CN: 673791

**OLANZAPINA FLAS ARISTO 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73689

CN: 673805

**OLANZAPINA FLAS CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

Nº REG: 73689

CN: 673807

**OLANZAPINA FLAS CINFA 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75236

CN: 686895

**OLANZAPINA FLAS CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 75237

CN: 686897

**OLANZAPINA FLAS CINFA 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73686

CN: 673793

**OLANZAPINA FLAS CINFA 5 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

Nº REG: 73682

CN: 673787

**OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73682

CN: 673788

**OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 10MG 56**  
**COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 75054

CN: 686028

**OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 15MG 28**  
**COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75052

CN: 686025

**OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 20MG 28**  
**COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 73680

CN: 673785

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno

bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73678

CN: 673781

**OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

Nº REG: 73678

CN: 673782

**OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75102

CN: 686200

**OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 75103

CN: 686201

**OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73677

CN: 673779

**OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 72736

CN: 677490

**OLANZAPINA FLAS STADA 10MG 28 COMPR BUCODISPER ( PAPEL-PETP-AL/AI) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72736

CN: 677493

**OLANZAPINA FLAS STADA 10MG 56 COMP BUCODISP (PAPEL-PETP-AI/AI) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

Nº REG: 72735

CN: 677489

**OLANZAPINA FLAS STADA 5MG 28 COMP BUCODISP (PAPEL-PETP-AI/AI) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73694

CN: 673841

**OLANZAPINA FLAS TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

Nº REG: 73694

CN: 673842

**OLANZAPINA FLAS TARBIS 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73692

CN: 673839

**OLANZAPINA FLAS TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

Nº REG: 76553

CN: 693434

**OLANZAPINA FLAS VIATRIS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Adultos:

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia. Olanzapina consigue mantener eficazmente la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que han mostrado una respuesta inicial al tratamiento.

Olanzapina está indicada para el tratamiento de episodios maníacos de moderados a graves.

En los pacientes con un episodio maníaco que haya respondido al tratamiento con olanzapina, olanzapina está indicada para la prevención de recidivas en pacientes con trastorno bipolar (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76553

CN: 693437

**OLANZAPINA FLAS VIATRIS 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina consigue mantener eficazmente la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que han mostrado una respuesta inicial al tratamiento.

Olanzapina está indicada para el tratamiento de episodios maníacos de moderados a graves.

En los pacientes con un episodio maníaco que haya respondido al tratamiento con olanzapina, olanzapina está indicada para la prevención de recidivas en pacientes con trastorno bipolar (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 76554

CN: 693438

**OLANZAPINA FLAS VIATRIS 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina consigue mantener eficazmente la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que han mostrado una respuesta inicial al tratamiento.

Olanzapina está indicada para el tratamiento de episodios maníacos de moderados a graves.

En los pacientes con un episodio maníaco que haya respondido al tratamiento con olanzapina, olanzapina está indicada para la prevención de recidivas en pacientes con trastorno bipolar (ver sección 5.1).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76552

CN: 693431

**OLANZAPINA FLAS VIATRIS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina consigue mantener eficazmente la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que han mostrado una respuesta inicial al tratamiento.

Olanzapina está indicada para el tratamiento de episodios maníacos de moderados a graves.

En los pacientes con un episodio maníaco que haya respondido al tratamiento con olanzapina, olanzapina está indicada para la prevención de recidivas en pacientes con trastorno bipolar (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 68680

CN: 658858

**OLANZAPINA KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68680

CN: 658859

**OLANZAPINA KERN PHARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en el prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68677

CN: 658854

**OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en el prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68678

CN: 658855

**OLANZAPINA KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en el prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68679

CN: 658857

**OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en el prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70677

CN: 667666

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno

bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

Nº REG: 70677

CN: 667668

**OLANZAPINA KRKA 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno

bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70678

CN: 667662

OLANZAPINA KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

Nº REG: 70678

CN: 667663

OLANZAPINA KRKA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70673

CN: 667664

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación

en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno

bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 70674

CN: 667656

**OLANZAPINA KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno

bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70675

CN: 667660

**OLANZAPINA KRKA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial de tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan un trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 71315

CN: 672148

**OLANZAPINA MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71315

CN: 672149

**OLANZAPINA MABO 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71335

CN: 672142

**OLANZAPINA MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71335

CN: 672143

**OLANZAPINA MABO 10MG 56  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71320

CN: 663786

**OLANZAPINA MABO 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71331

CN: 663808

**OLANZAPINA MABO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71314

CN: 672146

**OLANZAPINA MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71333

CN: 672145

**OLANZAPINA MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71334

CN: 672144

**OLANZAPINA MABO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08475019

CN: 663621

**OLANZAPINA MYLAN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08475021

CN: 663622

**OLANZAPINA MYLAN 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08475001

CN: 663618

**OLANZAPINA MYLAN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08475007

CN: 663619

**OLANZAPINA MYLAN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 08475015

CN: 663620

**OLANZAPINA MYLAN 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 77420

CN: 697680

**OLANZAPINA NORMON 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73600

CN: 672595

**OLANZAPINA NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

Nº REG: 73600

CN: 683486

**OLANZAPINA NORMON 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68838

CN: 659117

**OLANZAPINA NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 68838

CN: 659118

**OLANZAPINA NORMON 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77433

CN: 697681

**OLANZAPINA NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68835

CN: 659114

**OLANZAPINA NORMON 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73599

CN: 672594

**OLANZAPINA NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 68836

CN: 659115

**OLANZAPINA NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno

bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68837

CN: 659116

**OLANZAPINA NORMON 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 75199

CN: 686791

**OLANZAPINA PENSA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68902

CN: 659228

**OLANZAPINA PENSA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

Nº REG: 68902

CN: 659229

**OLANZAPINA PENSA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68899

CN: 659224

**OLANZAPINA PENSA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 75198

CN: 686789

**OLANZAPINA PENSA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TECNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68900

CN: 659225

OLANZAPINA PENSA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.  
La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.  
La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.  
La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 68901

CN: 659226

OLANZAPINA PENSA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.  
La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.  
La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.  
La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68735

CN: 658933

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 68735

CN: 658934

**OLANZAPINA QUALIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68732

CN: 658929

**OLANZAPINA QUALIGEN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68733

CN: 658931

**OLANZAPINA QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68734

CN: 658932

**OLANZAPINA QUALIGEN 7,5 MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 73479

CN: 673196

**OLANZAPINA RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73479

CN: 673197

**OLANZAPINA RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo

episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 73620

CN: 673312

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73620

CN: 673314

**OLANZAPINA SANDOZ 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

Nº REG: 73621

CN: 673317

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71754

CN: 650589

**OLANZAPINA SANDOZ 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 71754

CN: 650597

**OLANZAPINA SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71750

CN: 650748

**OLANZAPINA SANDOZ 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71751

CN: 650656

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71753

CN: 650722

**OLANZAPINA SANDOZ 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68758

CN: 658973

**OLANZAPINA STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68758

CN: 658974

**OLANZAPINA STADA 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68755

CN: 658969

**OLANZAPINA STADA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68756

CN: 658970

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68757

CN: 658972

**OLANZAPINA STADA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72159

CN: 669449

**OLANZAPINA SUN 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 72157

CN: 669446

**OLANZAPINA SUN 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72154

CN: 669441

**OLANZAPINA SUN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 72158

CN: 669447

**OLANZAPINA SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72155

CN: 669442

**OLANZAPINA SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 72156

CN: 669444

**OLANZAPINA SUN 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68721

CN: 658912

**OLANZAPINA TARBIS FARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

Nº REG: 68721

CN: 658913

**OLANZAPINA TARBIS FARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68718

CN: 658909

**OLANZAPINA TARBIS FARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 68719

CN: 658910

**OLANZAPINA TARBIS FARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68720

CN: 658911

**OLANZAPINA TARBIS FARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 71144

CN: 663592

**OLANZAPINA TECNIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71142

CN: 663588

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

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante el tratamiento de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

Olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 107427084

CN: 765540

**OLANZAPINA TEVA 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427084

CN: 765539

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

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427031

CN: 716049

**OLANZAPINA TEVA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427035

CN: 716118

**OLANZAPINA TEVA 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427001

CN: 765535

**OLANZAPINA TEVA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427070

CN: 765536

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

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107427080

CN: 765538

**OLANZAPINA TEVA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 73478

CN: 673206

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo

episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73478

CN: 673207

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 73459

CN: 673192

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73459

CN: 673193

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 73461

CN: 673189

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73482

CN: 673205

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 73460

CN: 673190

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73462

CN: 673191

**OLANZAPINA TEVA-RATIO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina

---

Nº REG: 76710

CN: 694319

**OLANZAPINA VIR 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia. Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento. Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave. En pacientes que han respondido al tratamiento con olanzapina en episodios maníacos, olanzapina está indicada para la prevención de recaídas en pacientes con trastorno bipolar.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76712

CN: 694322

**OLANZAPINA VIR 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Olanzapina está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

Olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave.

En pacientes que han respondido al tratamiento con olanzapina en episodios maníacos, olanzapina está indicada para la prevención de recaídas en pacientes con trastorno bipolar.

---

Nº REG: 109592003

CN: 712875

**OLAZAX DISPERZI 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109592003

CN: 720659

**OLAZAX DISPERSI 10MG 56 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109592004

CN: 712879

**OLAZAX DISPERZI 15MG 28 COMPRIMIDOS**  
**BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109592001

CN: 712876

**OLAZAX DISPERSI 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109597003

CN: 712871

**OLAZAX 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109597003

CN: 720660

**OLAZAX 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109597001

CN: 712868

**OLAZAX 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109597002

CN: 712870

**OLAZAX 7,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109597002

CN: 720654

**OLAZAX 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 83345

CN: 723354

**PALIPERIDONA ALTER 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83346

CN: 723355

**PALIPERIDONA ALTER 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83347

CN: 723356

**PALIPERIDONA ALTER 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 85826

CN: 730529

**PALIPERIDONA CINFA 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85827

CN: 730538

**PALIPERIDONA CINFA 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 85828

CN: 730546

**PALIPERIDONA CINFA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83115

CN: 721756

**PALIPERIDONA RATIOPHARM 3MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83116

CN: 721757

**PALIPERIDONA RATIOPHARM 6MG 28 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83117

CN: 721758

**PALIPERIDONA RATIOPHARM 9MG 28 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83266

CN: 722307

**PALIPERIDONA SANDOZ 3MG 28 COMPRIMIDOS DE  
LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83267

CN: 722308

**PALIPERIDONA SANDOZ 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83268

CN: 722309

**PALIPERIDONA SANDOZ 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 89540

CN: 764864

**PALIPERIDONA STADA 100MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89541

CN: 764865

**PALIPERIDONA STADA 150MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 89538

CN: 764862

**PALIPERIDONA STADA 50MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89539

CN: 764863

**PALIPERIDONA STADA 75MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 83060

CN: 721492

**PALIPERIDONA TAD 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83061

CN: 721493

**PALIPERIDONA TAD 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83062

CN: 721494

**PALIPERIDONA TAD 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 86050

CN: 731255

**PALIPERIDONA TEVA 100MG 1 JERINGA PREC+2 AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona Teva está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86051

CN: 731256

**PALIPERIDONA TEVA 150MG 1 JERINGA PREC+2  
AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona Teva está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 83112

CN: 721753

**PALIPERIDONA TEVA 3MG 28 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86054

CN: 731260

**PALIPERIDONA TEVA 50MG 1 JERINGA PREG+2  
AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona Teva está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 83113

CN: 721754

**PALIPERIDONA TEVA 6MG 28 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86055

CN: 731261

**PALIPERIDONA TEVA 75MG 1 JERINGA PREG+2  
AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona Teva está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 83114

CN: 721755

**PALIPERIDONA TEVA 9MG 28 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86755

CN: 733736

**PALMEUX 100MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS  
SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral,

Palmeux puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas

psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 86754

CN: 733735

**PALMEUX 150MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS  
SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral,

Palmeux puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas

psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86753

CN: 733734

**PALMEUX 50MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS  
SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral,

Palmeux puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas

psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.

---

Nº REG: 86756

CN: 733737

**PALMEUX 75MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS  
SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral,

Palmeux puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas

psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83085

CN: 721631

**PARNIDO 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83086

CN: 721638

**PARNIDO 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

Nº REG: 83087

CN: 721645

**PARNIDO 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Paliperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.

Paliperidona está indicado en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78713

CN: 702207

**PSICOTRIC PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGAD EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78711

CN: 702205

**PSICOTRIC PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78712

CN: 702206

**PSICOTRIC PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78710

CN: 702204

**PSICOTRIC PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78714

CN: 702208

**PSICOTRIC PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS**  
**LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84969

CN: 728215

**PSICOTRIC RETARD 600MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 70187

CN: 661724

**PSICOTRIC 100MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que PSICOTRIC evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84358

CN: 726387

**PSICOTRIC 150MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Psicotric está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 70186

CN: 661726

**PSICOTRIC 200MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que PSICOTRIC evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 70184

CN: 661722

**PSICOTRIC 25MG 6 COMPR RECU PEL BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que PSICOTRIC evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70184

CN: 664548

**PSICOTRIC 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Psicotric evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 70185

CN: 661729

**PSICOTRIC 300MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

PSICOTRIC evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 84359

CN: 726388

**PSICOTRIC 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Psicotric está indicado para:

-el tratamiento de la esquizofrenia.

-el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80459

CN: 709009

**PSICOTRIC 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

Nº REG: 46412033

CN: 765965

**PSICOTRIC 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84518

CN: 726909

**QUDIX PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina de liberación prolongada está indicado para:

-el tratamiento de la esquizofrenia

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 84519

CN: 726910

**QUDIX PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina de liberación prolongada está indicado para:

-el tratamiento de la esquizofrenia

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84520

CN: 726911

**QUDIX PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina de liberación prolongada está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 84521

CN: 726912

**QUDIX PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina de liberación prolongada está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84522

CN: 726914

**QUDIX PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina de liberación prolongada está indicado para:

-el tratamiento de la esquizofrenia

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 70169

CN: 661687

**QUDIX 100MG 60 COMPRIMID RECUB PEL BLIS PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUDIX evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70170

CN: 661689

**QUDIX 200MG 60 COMPRIMID RECU PEL BLIST PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUDIX evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 70168

CN: 664571

**QUDIX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA (BLISTER PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que QUDIX

evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 70171

CN: 661691

**QUDIX 300MG 60 COMPRIMID RECUB PEL BLIS PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUDIX evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88405

CN: 760137

**QUDIX 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 72364

CN: 670566

**QUENTIAX 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

En pacientes mayores de 75 años para las indicaciones recogidas en su Ficha Técnica:

Quetiapina está indicado en el tratamiento de:

- Esquizofrenia.
  - Trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores.
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72367

CN: 670594

**QUENTIAX 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

En pacientes mayores de 75 años para las indicaciones recogidas en su Ficha Técnica:

Quetiapina está indicado en el tratamiento de:

- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores.

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 72361

CN: 670555

**QUENTIAX 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado en el tratamiento de:

- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores.

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72361

CN: 670561

**QUENTIAX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado en el tratamiento de:

- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores.

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 72374

CN: 670606

**QUENTIAX 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

En pacientes mayores de 75 años para las indicaciones recogidas en su Ficha Técnica.

Quetiapina está indicado en el tratamiento de:

- Esquizofrenia.
- Trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores.

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69558

CN: 660450

QUETIAPINA ALTER 100MG 60 COMPRIMID RECUBI PEL EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 83353

CN: 723368

QUETIAPINA ALTER 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83354

CN: 723369

**QUETIAPINA ALTER 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 69560

CN: 660452

**QUETIAPINA ALTER 200MG 60 COMPRIMID RECUBI PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite

las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69556

CN: 660440

**QUETIAPINA ALTER 25MG 6 COMPRIMID RECUBI PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 69556

CN: 662891

**QUETIAPINA ALTER 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83355

CN: 723370

**QUETIAPINA ALTER 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 69561

CN: 660453

**QUETIAPINA ALTER 300MG 60 COMPRIMI RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite

las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83356

CN: 723371

**QUETIAPINA ALTER 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83357

CN: 723373

**QUETIAPINA ALTER 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83357

CN: 723372

QUETIAPINA ALTER 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 86592

CN: 732885

QUETIAPINA ALTER 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74447

CN: 682375

**QUETIAPINA ARISTO 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 79604

CN: 705643

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 150MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
- El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79601

CN: 705639

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 200MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 79602

CN: 705641

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 300MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79603

CN: 705642

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 400MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 79606

CN: 705644

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 50MG 10  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79606

CN: 705645

**QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 50MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
- El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 81373

CN: 713447

**QUETIAPINA AUROVITAS 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Quetiapina está indicado para el tratamiento de:
- Esquizofrenia.
- Quetiapina está indicado para el tratamiento del trastorno bipolar:
- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81372

CN: 713445

**QUETIAPINA AUROVITAS 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para el tratamiento de:

- Esquizofrenia.

Quetiapina está indicado para el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 81371

CN: 713444

**QUETIAPINA AUROVITAS 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para el tratamiento de:

- Esquizofrenia.

Quetiapina está indicado para el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81374

CN: 713448

**QUETIAPINA AUROVITAS 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para el tratamiento de:

- Esquizofrenia.

Quetiapina está indicado para el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 88013

CN: 758108

**QUETIAPINA AUROVITAS 50MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

El tratamiento de la esquizofrenia.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72882

CN: 672712

**QUETIAPINA CINFA 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

quetiapina cinfa está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

quetiapina cinfa está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 81154

CN: 712215

**QUETIAPINA CINFA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75501

CN: 687967

**QUETIAPINA CINFA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo:

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con

antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos

deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72883

CN: 672713

**QUETIAPINA CINFA 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

quetiapina cinfa está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

quetiapina cinfa está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 72881

CN: 672711

**QUETIAPINA CINFA 25MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

quetiapina cinfa está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

quetiapina cinfa está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72881

CN: 723624

QUETIAPINA CINFA 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Quetiapina Cinfa comprimidos recubiertos con película EFG está indicado para:

-El tratamiento de la esquizofrenia

-El tratamiento del trastorno bipolar:

Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75502

CN: 687977

**QUETIAPINA CINFA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo:

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con

antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos

deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72880

CN: 672714

**QUETIAPINA CINFA 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

quetiapina cinfa está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

quetiapina cinfa está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75503

CN: 687986

**QUETIAPINA CINFA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo:

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75500

CN: 687957

QUETIAPINA CINFA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo:

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con

antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos

deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 86669

CN: 733092

QUETIAPINA CINFA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia.

El tratamiento del trastorno bipolar:

Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno

bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73976

CN: 679957

**QUETIAPINA COMBIX 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Trastorno bipolar, incluido:

- el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- la prevención de la recurrencia en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 73984

CN: 679970

**QUETIAPINA COMBIX 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Trastorno bipolar, incluido:

- el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
  - el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - la prevención de la recurrencia en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73974

CN: 679955

**QUETIAPINA COMBIX 25MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Trastorno bipolar, incluido:

- el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- la prevención de la recurrencia en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

Nº REG: 73974

CN: 679956

**QUETIAPINA COMBIX 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Trastorno bipolar, incluido:

- el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- la prevención de la recurrencia en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73981

CN: 679964

**QUETIAPINA COMBIX 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Trastorno bipolar, incluido:

- el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- la prevención de la recurrencia en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 84434

CN: 726595

**QUETIAPINA FARMAPROJECTS 100MG 60  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84435

CN: 726597

QUETIAPINA FARMAPROJECTS 200MG 60  
COMPRESIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 84436

CN: 726599

QUETIAPINA FARMAPROJECTS 25MG 60  
COMPRESIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84436

CN: 726598

**QUETIAPINA FARMAPROJECTS 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 84437

CN: 726600

**QUETIAPINA FARMAPROJECTS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69636

CN: 660601

**QUETIAPINA KERN PHARMA 100MG 60 COMPR RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 80968

CN: 711203

**QUETIAPINA KERN PHARMA 150MG 60 COMPRIMID  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Kern Pharma comprimidos de liberación prolongada, está indicada para:

-el tratamiento de la esquizofrenia

-el tratamiento del trastorno bipolar:

\*Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

\*Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

\*Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Kern Pharma comprimidos de liberación prolongada (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69638

CN: 660604

**QUETIAPINA KERN PHARMA 200MG 60 COMPR RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 69635

CN: 665589

**QUETIAPINA KERN PHARMA 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 69639

CN: 660607

**QUETIAPINA KERN PHARMA 300MG 60 COMPR RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76955

CN: 695793

**QUETIAPINA KERN PHARMA 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78245

CN: 700474

**QUETIAPINA KERN PHARMA 50MG 60 COMP LIB PROL  
(BLIST PVC/PVDC-ALUM) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los

médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 86599

CN: 732895

**QUETIAPINA KERN PHARMA 50MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80023

CN: 707030

**QUETIAPINA KRKA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80024

CN: 707031

**QUETIAPINA KRKA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80025

CN: 707032

**QUETIAPINA KRKA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83331

CN: 723322

QUETIAPINA KRKA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG.

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
  - El tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80569

CN: 709750

QUETIAPINA KRKA 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Krka comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80569

CN: 709751

QUETIAPINA KRKA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Krka comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 84957

CN: 728185

QUETIAPINA MABO 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78725

CN: 702221

**QUETIAPINA MABO 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78726

CN: 702222

**QUETIAPINA MABO 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 84958

CN: 728186

**QUETIAPINA MABO 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-el tratamiento de la esquizofrenia.

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84959

CN: 728187

**QUETIAPINA MABO 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 78728

CN: 702224

**QUETIAPINA MABO 300MG 60 COMPRIMIDOS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84960

CN: 728189

**QUETIAPINA MABO 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 78717

CN: 702212

**QUETIAPINA MABO 400MG 60 COMPRIMIDOS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78727

CN: 702223

**QUETIAPINA MABO 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 71554

CN: 664123

**QUETIAPINA NORMON 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Quetiapina NORMON no está indicado en la prevención de la recurrencia de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81875

CN: 715375

**QUETIAPINA NORMON 150MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del trastorno bipolar:

Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

Tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Normon comprimidos de liberación prolongada (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76833

CN: 695034

**QUETIAPINA NORMON 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los

médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 71556

CN: 664124

**QUETIAPINA NORMON 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Quetiapina NORMON no está indicado en la prevención de la recurrencia de los

episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71553

CN: 664122

**QUETIAPINA NORMON 25MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
Tratamiento de la esquizofrenia.  
Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.  
Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.  
Quetiapina NORMON no está indicado en la prevención de la recurrencia de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 71553

CN: 725059

**QUETIAPINA NORMON 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
-tratamiento de la esquizofrenia.  
-tratamiento del trastorno bipolar:  
-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar  
-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar  
Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76839

CN: 695093

**QUETIAPINA NORMON 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los

médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 71557

CN: 664125

**QUETIAPINA NORMON 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave.

Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Quetiapina NORMON no está indicado en la prevención de la recurrencia de los

episodios maníacos o depresivos.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76842

CN: 695146

**QUETIAPINA NORMON 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78145

CN: 700188

**QUETIAPINA NORMON 50MG 10 COMPRIM LIBER PROL (PVC/PVDC-ALUMINIO) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio

maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil

de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78145

CN: 700189

**QUETIAPINA NORMON 50MG 60 COMPR LIBERAC PROL (PVC/PVDC-ALUMINIO) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo  
- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar  
- para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 73831

CN: 679409

**QUETIAPINA PENSA 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Tratamiento de la esquizofrenia.

- Tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85768

CN: 730364

**QUETIAPINA PENSA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

tratamiento de la esquizofrenia

tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).torno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85767

CN: 730363

**QUETIAPINA PENSA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA  
tratamiento de la esquizofrenia  
tratamiento del trastorno bipolar:  
-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar  
-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar  
-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.  
el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).torno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 73834

CN: 679414

**QUETIAPINA PENSA 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA  
Tratamiento de la esquizofrenia.  
- Tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.  
- Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.  
Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73829

CN: 679406

**QUETIAPINA PENZA 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia.
- Tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
- Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 85764

CN: 730360

**QUETIAPINA PENZA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

- tratamiento de la esquizofrenia  
tratamiento del trastorno bipolar:
- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).trorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73835

CN: 679417

**QUETIAPINA PENZA 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

Tratamiento de la esquizofrenia.

- Tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en

pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 85765

CN: 730361

**QUETIAPINA PENZA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

tratamiento de la esquizofrenia

tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).trorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85766

CN: 730362

**QUETIAPINA PENSA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA

tratamiento de la esquizofrenia

tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).trorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 89457

CN: 764606

**QUETIAPINA PENSA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicada para:

-El tratamiento de la esquizofrenia

-El tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80237

CN: 707855

**QUETIAPINA PHARMA COMBIX 150MG 60 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80239

CN: 707859

**QUETIAPINA PHARMA COMBIX 200MG 60 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80240

CN: 707861

QUETIAPINA PHARMA COMBIX 300MG 60 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80238

CN: 707857

**QUETIAPINA PHARMA COMBIX 400MG 60 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80236

CN: 707851

QUETIAPINA PHARMA COMBIX 50MG 10 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80236

CN: 707852

**QUETIAPINA PHARMA COMBIX 50MG 60 COMPR  
LIBERAC PROLONG BLISTER EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia
- Tratamiento del trastorno bipolar:
  - o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina Pharma Combix comprimidos de liberación prolongada (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 83953

CN: 725166

**QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 150MG 60  
COMPRIMIDOS LIB PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83949

CN: 725138

**QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 200MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

---

Nº REG: 83950

CN: 725145

**QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 300MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83952

CN: 725160

**QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 400MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

---

Nº REG: 83951

CN: 725152

**QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 50MG 60  
COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84366

CN: 726396

**QUETIAPINA QUALIGEN MEDICA 50MG 60  
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- tratamiento de la esquizofrenia.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 70178

CN: 661716

**QUETIAPINA QUALIGEN 100MG 60 COMPR REC PELIC  
BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.  
Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que  
QUETIAPINA QUALIGEN evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78718

CN: 702213

**QUETIAPINA QUALIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 84365

CN: 726395

**QUETIAPINA QUALIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Qualigen está indicado para:

-el tratamiento de la esquizofrenia.

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78719

CN: 702214

QUETIAPINA QUALIGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 70179

CN: 661718

QUETIAPINA QUALIGEN 200MG 60 CO RE P BL PVC/AI  
EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA QUALIGEN evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70177

CN: 661714

**QUETIAPINA QUALIGEN 25MG 6 CO RE PE BLI PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA QUALIGEN evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 70177

CN: 664307

**QUETIAPINA QUALIGEN 25MG 60 COMPRIM RECUBIER PELIC BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Qualigen evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78720

CN: 702215

**QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 70176

CN: 661719

**QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 CO RE PE BL AI/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA QUALIGEN evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70176

CN: 661720

**QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 CO RE P BL PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA QUALIGEN evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 78715

CN: 702210

**QUETIAPINA QUALIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84364

CN: 726394

**QUETIAPINA QUALIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 78729

CN: 702226

**QUETIAPINA QUALIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84363

CN: 726393

**QUETIAPINA QUALIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 80335

CN: 708306

**QUETIAPINA RATIO 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80336

CN: 708307

**QUETIAPINA RATIO 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia
- Tratamiento del trastorno bipolar:
  - o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
  - o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 80334

CN: 711228

**QUETIAPINA RATIO 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Quetiapina ratio está indicado para:
- el tratamiento de la esquizofrenia.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80337

CN: 708308

QUETIAPINA RATIO 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Tratamiento de la esquizofrenia

-Tratamiento del trastorno bipolar:

o Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

o Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

o Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75505

CN: 688007

**QUETIAPINA RATIOPHARM 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75506

CN: 688017

**QUETIAPINA RATIOPHARM 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75507

CN: 688026

**QUETIAPINA RATIOPHARM 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75504

CN: 687997

**QUETIAPINA RATIOPHARM 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
  - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
- el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 70181

CN: 672607

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 100MG 60 COM  
REC PEL BLIST PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia.
  - Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78721

CN: 702216

QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 150MG 60  
COMPRIM LIBERAC PROLON EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78722

CN: 702218

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 200MG 60  
COMPRIM LIBERAC PROLON EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 70182

CN: 672606

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 200MG 60 COM  
REC PEL BLIST PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70180

CN: 713336

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 25MG 60 COMP  
RECUB PEL (PVC-ALUM) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que Quetiapina Sandoz Farmacéutica evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 78723

CN: 702219

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 300MG 60  
COMPRIM LIBERAC PROLON EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70183

CN: 672605

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 300MG 60 COM  
REC PEL BLIST PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 78716

CN: 702211

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 400MG 60  
COMPRIM LIBERAC PROLON EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78724

CN: 702220

**QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 50MG 60  
COMPRIM LIBERAC PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

El tratamiento de las esquizofrenias, incluyendo:

- Prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar.

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88068

CN: 758222

**QUETIAPINA SANDOZ 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 88066

CN: 758220

**QUETIAPINA SANDOZ 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo

Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en

monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88067

CN: 758221

**QUETIAPINA SANDOZ 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 88069

CN: 758223

**QUETIAPINA SANDOZ 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88065

CN: 758219

**QUETIAPINA SANDOZ 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

Nº REG: 88065

CN: 758218

**QUETIAPINA SANDOZ 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

El tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70198

CN: 661762

**QUETIAPINA STADA 100MG 60 COM RE P BLIS PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA STADA evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 79677

CN: 705986

**QUETIAPINA STADAGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADAGEN está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar .

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina STADAGEN (ver Sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79679

CN: 705989

**QUETIAPINA STADAGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADAGEN está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina STADAGEN (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 70201

CN: 661764

**QUETIAPINA STADA 200MG 60 CO RE PE BLIS PVC/AI  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA STADA evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70196

CN: 661760

**QUETIAPINA STADA 25MG 6 COM RE PE BLIST PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA STADA evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 70196

CN: 664574

**QUETIAPINA STADA 25MG 60 COMPRIMID RECUBIERT PELIC BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina STADA evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79680

CN: 705990

**QUETIAPINA STADAGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADAGEN está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar .

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina STADAGEN (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 70202

CN: 661766

**QUETIAPINA STADA 300MG 60 CO RE PE BLIS PVC/AL  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

QUETIAPINA STADA evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79678

CN: 705987

**QUETIAPINA STADAGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADAGEN está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar .

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina STADAGEN (ver Sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79681

CN: 705991

**QUETIAPINA STADAGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADAGEN está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar .

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina STADAGEN (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 86112

CN: 731400

**QUETIAPINA STADA 50MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina STADA está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70197

CN: 661770

**QUETIAPINA TARBIS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC BLISTER AI/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 70197

CN: 661771

**QUETIAPINA TARBIS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80243

CN: 707865

**QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 70199

CN: 661772

**QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC BLISTER PVC/Al EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70199

CN: 661789

QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC BLISTER AI/AI EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 70195

CN: 661767

QUETIAPINA TARBIS 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUB  
PELICULA(BLISTER AI/AI) EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 70195

CN: 691348

QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC (BLISTER AL/AL) EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que Quetiapina TARBIS

evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70195

CN: 691347

**QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC (BLISTER PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que Quetiapina TARBIS

evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 70195

CN: 661768

**QUETIAPINA TARBIS 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUB  
PELICU (BLISTER PVC/AI) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80244

CN: 707866

**QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 70200

CN: 661773

**QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUB  
PELIC (BLISTER A/AI) EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70200

CN: 661774

**QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIM RECUB PELIC  
BLISTER PVC/AI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que

Quetiapina Virfuton evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 80245

CN: 707867

**QUETIAPINA TARBIS 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

-El tratamiento de la esquizofrenia

-El tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

-El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80241

CN: 707863

**QUETIAPINA TARBIS 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
- El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1.). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4.).

---

Nº REG: 69806

CN: 660973

**QUETIAPINA TECNIGEN 100MG 60 COMPRIM RECUB  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia.  
Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86640

CN: 733033

**QUETIAPINA TECNIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, quienes previamente han respondido al tratamiento con quetiapina

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 86641

CN: 733034

**QUETIAPINA TECNIGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, quienes previamente han respondido al tratamiento con quetiapina

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69807

CN: 660974

**QUETIAPINA TECNIGEN 200MG 60 COMPRIM RECUB  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 69805

CN: 687128

**QUETIAPINA TECNIGEN 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86642

CN: 733035

**QUETIAPINA TECNIGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, quienes previamente han respondido al tratamiento con quetiapina

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 69808

CN: 660975

**QUETIAPINA TECNIGEN 300MG 60 COMPRIM RECU PELI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite

las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86639

CN: 733032

**QUETIAPINA TECNIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, quienes previamente han respondido al tratamiento con quetiapina

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

---

Nº REG: 86638

CN: 733031

**QUETIAPINA TECNIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar, quienes previamente han respondido al tratamiento con quetiapina

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82292

CN: 717019

QUETIAPINA TEVA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- el tratamiento de la esquizofrenia
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina.
-



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75280

CN: 687034

QUETIAPINA TEVA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75281

CN: 687044

**QUETIAPINA TEVA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75282

CN: 687055

QUETIAPINA TEVA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

- el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo
    - prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento del trastorno bipolar:
    - Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
    - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
    - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.
  - el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75279

CN: 687025

**QUETIAPINA TEVA 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el

trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver Sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver Sección 4.4).

---

Nº REG: 71129

CN: 663557

**QUETIAPINA TEVA 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71131

CN: 663558

**QUETIAPINA TEVA 200MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 71128

CN: 663556

**QUETIAPINA TEVA 25MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

Nº REG: 71128

CN: 710826

**QUETIAPINA TEVA 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-el tratamiento de la esquizofrenia.

-el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71132

CN: 663560

**QUETIAPINA TEVA 300MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos.

---

Nº REG: 88406

CN: 760138

**QUETIAPINA TEVAGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar

que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 69650

CN: 660620

**QUETIAPINA VIATRIS 100MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79157

CN: 704025

**QUETIAPINA VIATRIS 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Mylan está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 69652

CN: 660623

**QUETIAPINA VIATRIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia.
- Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69649

CN: 660619

**QUETIAPINA VIATRIS 25MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

Nº REG: 69649

CN: 672655

**QUETIAPINA VIATRIS 25MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave en el trastorno bipolar.

Tratamiento de episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.

Prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes en los que los episodios maníacos o depresivos han respondido al tratamiento con Quetiaplan.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79158

CN: 704036

**QUETIAPINA VIATRIS 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Mylan está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 69653

CN: 660624

**QUETIAPINA VIATRIS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Tratamiento de la esquizofrenia.
- Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79159

CN: 704046

**QUETIAPINA VIATRIS 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Mylan está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 79160

CN: 704058

**QUETIAPINA VIATRIS 50MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina Mylan está indicado para:

- El tratamiento de la esquizofrenia.
- El tratamiento del trastorno bipolar:
  - Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina (ver sección 4.4).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171209001

CN: 720215

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

## INDICACIONES

Reagila está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1171209011

CN: 720212

**REAGILA 3MG 28 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Reagila está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1171209021

CN: 720209

**REAGILA 4,5MG 28 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Reagila está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 1171209029

CN: 720207

**REAGILA 6MG 28 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Reagila está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62803

CN: 836148

**RISPERDAL 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes

---

Nº REG: 65213

CN: 741207

**RISPERDAL CONSTA 25MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER  
PRECARG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERDAL CONSTA está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.(Nueva indicación)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 65215

CN: 741264

**RISPERDAL CONSTA 37,5MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER  
PRECAR**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
RISPERDAL CONSTA está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.(Nueva indicación)

---

Nº REG: 65214

CN: 741256

**RISPERDAL CONSTA 50MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER  
PRECARG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:  
RISPERDAL CONSTA está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.(Nueva indicación)

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60336

CN: 692129

**RISPERDAL 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62096

CN: 659755

**RISPERDAL 1MG/1ML 30ML SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62096

CN: 659813

**RISPERDAL 1MG/1ML 100ML SOLUCION ORAL**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60335

CN: 692152

**RISPERDAL 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60335

CN: 692145

**RISPERDAL 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:RISPERDAL está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión

persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a

grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERDAL está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72918

CN: 672695

**RISPERIDONA ALTER 1MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72918

CN: 672696

**RISPERIDONA ALTER 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72919

CN: 672697

**RISPERIDONA ALTER 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72919

CN: 672755

**RISPERIDONA ALTER 3MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72920

CN: 672692

**RISPERIDONA ALTER 6MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 72920

CN: 672693

**RISPERIDONA ALTER 6MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82459

CN: 719158

**RISPERIDONA AUROVITAS 1MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educativas. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de trastornos de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82459

CN: 719159

**RISPERIDONA AUROVITAS 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educativas. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de trastornos de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81426

CN: 713573

**RISPERIDONA AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 30ML  
SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educativas. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81426

CN: 713574

**RISPERIDONA AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educacionales. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82460

CN: 719162

**RISPERIDONA AUROVITAS 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educativas. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de trastornos de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82460

CN: 719160

**RISPERIDONA AUROVITAS 3MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicada en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicada en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona está indicada en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresividad o de otros comportamientos perturbadores requieren tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento más completo, incluyendo medidas psicosociales y educativas. Se recomienda que risperidona sea prescrita por especialista en neurología pediátrica y en psiquiatría pediátrica y de adolescentes, o por médicos familiarizados con el tratamiento de trastornos de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66728

CN: 653922

**RISPERIDONA ZENTIVA 1MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69949

CN: 661257

**RISPERIDONA BENEL 1MG/ML FRASCO 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Winthrop está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos

(tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona Winthrop también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. Risperidona Winthrop es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona Winthrop está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona Winthrop está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Winthrop está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona Winthrop está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66727

CN: 653919

**RISPERIDONA BENEL 3MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66726

CN: 653917

**RISPERIDONA BENEL 6MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66929

CN: 651597

**RISPERIDONA CINFA 1MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66929

CN: 651595

**RISPERIDONA CINFA 1MG 20 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70047

CN: 661440

**RISPERIDONA CINFA 1MG/ML FRASCO 30ML SOLU ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.
- Alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- El tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- El tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educativas y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.
- El tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70047

CN: 661441

**RISPERIDONA CINFA 1MG/ML FRASCO 100ML SOL ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- El tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.
  - Alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - El tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - El tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educativas y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.
  - El tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66930

CN: 651599

**RISPERIDONA CINFA 3MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66930

CN: 651598

**RISPERIDONA CINFA 3MG 20 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66931

CN: 651601

**RISPERIDONA CINFA 6MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66931

CN: 651600

**RISPERIDONA CINFA 6MG 30 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66804

CN: 750539

**RISPERIDONA CINFAMED 0,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66804

CN: 750540

**RISPERIDONA CINFAMED 0,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66777

CN: 651279

**RISPERIDONA CINFAMED 1MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66777

CN: 651350

**RISPERIDONA CINFAMED 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66805

CN: 651343

**RISPERIDONA CINFAMED 2MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66776

CN: 651277

**RISPERIDONA CINFAMED 3MG 20 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66776

CN: 651373

**RISPERIDONA CINFAMED 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66806

CN: 750541

**RISPERIDONA CINFAMED 4MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66806

CN: 750542

**RISPERIDONA CINFAMED 4MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Farmalider está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66775

CN: 651275

**RISPERIDONA CINFAMED 6MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66775

CN: 651381

**RISPERIDONA CINFAMED 6MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70226

CN: 661828

**RISPERIDONA CODRAMOL 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Qualigen está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Qualigen también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Qualigen está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Qualigen es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona Qualigen está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías

Risperidona Qualigen está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Qualigen está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona Qualigen está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

autismo

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69190

CN: 659715

**RISPERIDONA FARMALID 1MG/ML S ORAL FR  
30ML+JER EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Farmalid está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Farmalid también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Farmalid está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Farmalid es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona Farmalid está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías (ver secciones 4.2 4.4 y 4.8).

Risperidona Farmalid está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Farmalid está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona Farmalid está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

comportamiento estereotipado) asociados al autismo

Nº REG: 71094

CN: 670238

**RISPERIDONA FLAS KRKA 0,5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares. Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71094

CN: 670239

**RISPERIDONA FLAS KRKA 0,5MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a

graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en

neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento

de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71095

CN: 670241

**RISPERIDONA FLAS KRKA 1MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71095

CN: 670242

**RISPERIDONA FLAS KRKA 1MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a

graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en

neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento

de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71096

CN: 670243

**RISPERIDONA FLAS KRKA 2MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a

graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas

educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en

neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento

de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71096

CN: 670244

**RISPERIDONA FLAS KRKA 2MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

Risperidona Flas está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68773

CN: 659005

**RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 0,5MG 56 COM  
BUCOD EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68771

CN: 659000

**RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 1MG 56 COMPR  
BUCOD EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la

irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68772

CN: 659002

**RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 2MG 56 COMPR  
BUCOD EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la

irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67005

CN: 652068

**RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG 60 COMPRIMIDOS  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. RISPERIDONA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías .

RISPERIDONA está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68806

CN: 659070

**RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG/ML 30ML SOLUC ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos

(tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas

negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje)

sean notables. RISPERIDONA KERN PHARMA también alivia los síntomas afectivos (tales

como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

RISPERIDONA KERN PHARMA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no

respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

RISPERIDONA KERN PHARMA está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas

perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas

psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez

iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento de los problemas del

comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado)

asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68806

CN: 659071

**RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG/ML 100ML SOLU  
ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos

(tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas

negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje)

sean notables. RISPERIDONA KERN PHARMA también alivia los síntomas afectivos (tales

como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

RISPERIDONA KERN PHARMA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no

respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

RISPERIDONA KERN PHARMA está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas

perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas

psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez

iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

RISPERIDONA KERN PHARMA está indicado en el tratamiento de los problemas del

comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado)

asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67003

CN: 652063

**RISPERIDONA KERN PHARMA 3MG 60 COMPRIMIDOS  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. RISPERIDONA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías .

RISPERIDONA está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67004

CN: 652066

**RISPERIDONA KERN PHARMA 6MG 60 COMPRIMIDOS  
EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. RISPERIDONA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías .

RISPERIDONA está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71089

CN: 674045

**RISPERIDONA KRKA 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Krka está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría para niños o adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71090

CN: 674053

**RISPERIDONA KRKA 2MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Krka está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría para niños o adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71091

CN: 674060

**RISPERIDONA KRKA 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Krka está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Krka está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría para niños o adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67315

CN: 656568

**RISPERIDONA NORMON 1MG 20 COMPR RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67315

CN: 656570

**RISPERIDONA NORMON 1MG 60 COMPRIM RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69076

CN: 659504

**RISPERIDONA NORMON 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y

crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos

(tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean

notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos

de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia

de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento

sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a

medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a

trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la

irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como

parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas,

educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el

tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como

agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69076

CN: 659505

**RISPERIDONA NORMON 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean

notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Risperidona está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.

Risperidona está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la agresividad, la

irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha estrategia incluye medidas psicológicas,

educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

Risperidona está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67316

CN: 656571

**RISPERIDONA NORMON 3MG 20 COMPRIM RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67316

CN: 656572

**RISPERIDONA NORMON 3MG 60 COMPRIM RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67317

CN: 656573

**RISPERIDONA NORMON 6MG 30 COMPRIM RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67317

CN: 656574

**RISPERIDONA NORMON 6MG 60 COMPRIMID RECU  
PELI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. RISPERIDONA NORMON también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - RISPERIDONA NORMON es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - RISPERIDONA NORMON está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - RISPERIDONA NORMON está indicado en el tratamiento de problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66591

CN: 650743

**RISPERIDONA QUALIGEN 1MG 20 COMPRIMID RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66591

CN: 650744

**RISPERIDONA QUALIGEN 1MG 60 COMPRIM RECU  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66596

CN: 650758

**RISPERIDONA QUALIGEN 3MG 20 COMPRIM RECU  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66596

CN: 650759

**RISPERIDONA QUALIGEN 3MG 60 COMPRIM RECU  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66595

CN: 650753

**RISPERIDONA QUALIGEN 6MG 30 COMPRIM RECU  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66595

CN: 650756

**RISPERIDONA QUALIGEN 6MG 60 COMPRIMID RECU  
PEL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

-Está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

-Además, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).

-Está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

-Es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80209

CN: 707799

**RISPERIDONA RATIO 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.
- Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.
- Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educativas y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80210

CN: 707801

**RISPERIDONA RATIO 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.
- Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.
- Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educativas y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80211

CN: 707804

**RISPERIDONA RATIO 6MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Risperidona está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.
- Risperidona está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.
- Risperidona está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educativas y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66738

CN: 652314

**RISPERIDONA SANDOZ 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66739

CN: 652306

**RISPERIDONA SANDOZ 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66737

CN: 652290

**RISPERIDONA SANDOZ 6MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67484

CN: 653623

**RISPERIDONA STADA 0,5MG 56 COMPRIM RECUB  
PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- RISPERIDONA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.
  - RISPERIDONA también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - RISPERIDONA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - RISPERIDONA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - RISPERIDONA está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - RISPERIDONA está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66582

CN: 650709

**RISPERIDONA STADA 1MG 20 COMPRIM RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona Bayvit está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona Bayvit también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Además, Risperidona Bayvit, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).
- Risperidona Bayvit está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- Risperidona Bayvit es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66582

CN: 650710

**RISPERIDONA STADA 1MG 60 COMPRIMID RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona Bayvit está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona Bayvit también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Además, Risperidona Bayvit, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).
  - Risperidona Bayvit está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - Risperidona Bayvit es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
-



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68798

CN: 659049

**RISPERIDONA STADA 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las

cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del

pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

RISPERIDONA STADA también alivia los síntomas afectivos (tales como

depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

RISPERIDONA STADA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría

clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una

respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA STADA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia

para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que

se hayan descartado otras etiologías (ver secciones 4.2, 4.4 y 4.8).

RISPERIDONA STADA está también indicado en el tratamiento de episodios

maníacos asociados a trastornos bipolares.

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento sintomático, en especial

de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes

con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global.

Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento de los problemas del

comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68798

CN: 659050

**RISPERIDONA STADA 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las

cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del

pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

RISPERIDONA STADA también alivia los síntomas afectivos (tales como

depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

RISPERIDONA STADA es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría

clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una

respuesta terapéutica inicial.

RISPERIDONA STADA está indicado en pacientes diagnosticados de demencia

para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que

se hayan descartado otras etiologías (ver secciones 4.2, 4.4 y 4.8).

RISPERIDONA STADA está también indicado en el tratamiento de episodios

maníacos asociados a trastornos bipolares.

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento sintomático, en especial

de la agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes

con conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global.

Dicha estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe evaluarse periódicamente.

RISPERIDONA STADA está indicado en el tratamiento de los problemas del

comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

estereotipado) asociados al autismo.

---

Nº REG: 66583

CN: 650712

**RISPERIDONA STADA 3MG 60 COMPRIMID RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona Bayvit está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona Bayvit también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Además, Risperidona Bayvit, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).
- Risperidona Bayvit está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
- Risperidona Bayvit es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66584

CN: 650716

**RISPERIDONA STADA 6MG 60 COMPRIMIDOS RECU  
PELI EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona Bayvit está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona Bayvit también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Además, Risperidona Bayvit, está indicado en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación).
  - Risperidona Bayvit está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
  - Risperidona Bayvit es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66740

CN: 656905

**RISPERIDONA TARBIS 1MG 20 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66740

CN: 656906

**RISPERIDONA TARBIS 1MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78234

CN: 700447

**RISPERIDONA TARBIS 1MG/ML FRASCO 100ML**  
**SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

RISPERIDONA TARBIS está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

RISPERIDONA TARBIS está indicado en el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.

RISPERIDONA TARBIS está indicado en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.

RISPERIDONA TARBIS está indicado en el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSMIV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y en psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratamiento de los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66741

CN: 656907

**RISPERIDONA TARBIS 3MG 20 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66741

CN: 656908

**RISPERIDONA TARBIS 3MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66742

CN: 656909

**RISPERIDONA TARBIS 6MG 30 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
- Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
- Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
- Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66742

CN: 656910

**RISPERIDONA TARBIS 6MG 60 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

- Risperidona está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. Risperidona también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.
  - Risperidona es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.
  - Risperidona, está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.
  - Risperidona está también indicado como medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69514

CN: 660331

**RISPERIDONA TEVA 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los

síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Teva también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión,

sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Teva es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta

terapéutica inicial.

Risperidona Teva está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad

severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan

descartado otras etiologías

Risperidona Teva está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con

conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha

estrategia incluye medidas psicológicas, educativas y sociales destinadas al

paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe

evaluarse periódicamente.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y

comportamiento

estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

---

Nº REG: 85706

CN: 730204

## [INDICACIONES](#)

**RISPERIDONA TEVA 25MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes actualmente estabilizados con antipsicóticos orales.

---

Nº REG: 85707

CN: 730205

## [INDICACIONES](#)

**RISPERIDONA TEVA 37,5MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes actualmente estabilizados con antipsicóticos orales.

---

Nº REG: 85708

CN: 730206

## [INDICACIONES](#)

**RISPERIDONA TEVA 50MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA: Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes actualmente estabilizados con antipsicóticos orales.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69509

CN: 660325

**RISPERIDONA TEVA 1MG 60 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los

síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Teva también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión,

sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Teva es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta

terapéutica inicial.

Risperidona Teva está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan

descartado otras etiologías.

Risperidona Teva está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con

conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha

estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al

paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe

evaluarse periódicamente.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y

comportamiento

estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69508

CN: 660322

**RISPERIDONA TEVA 3MG 60 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los

síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Teva también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión,

sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Teva es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta

terapéutica inicial.

Risperidona Teva está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan

descartado otras etiologías.

Risperidona Teva está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con

conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha

estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al

paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe

evaluarse periódicamente.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y

comportamiento

estereotipado) asociados al autismo.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69507

CN: 660320

**RISPERIDONA TEVA 6MG 60 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los

síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad

embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables.

Risperidona Teva también alivia los síntomas afectivos (tales como depresión,

sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.

Risperidona Teva es también efectivo en el mantenimiento de la mejoría clínica

durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta

terapéutica inicial.

Risperidona Teva está indicado en pacientes diagnosticados de demencia para el

tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan

descartado otras etiologías.

Risperidona Teva está también indicado en el tratamiento de episodios maníacos

asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento sintomático, en especial de la

agresividad, la irritabilidad y conducta desafiante de niños y adolescentes con

conductas perturbadoras, como parte de una estrategia terapéutica global. Dicha

estrategia incluye medidas psicológicas, educacionales y sociales destinadas al

paciente, la familia y los educadores. Una vez iniciado, el tratamiento debe

evaluarse periódicamente.

Risperidona Teva está indicado en el tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y

comportamiento

estereotipado) asociados al autismo.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71472

CN: 667248

**RISPERIDONA VIATRIS 0,5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que

no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado

de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros

comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la

intervención psicosocial y educativa. Se recomienda la prescripción de risperidona por un

especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71472

CN: 693482

**RISPERIDONA VIATRIS 0,5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o

graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de

la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71473

CN: 667258

**RISPERIDONA VIATRIS 1MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que

no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado

de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros

comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la

intervención psicosocial y educativa. Se recomienda la prescripción de risperidona por un

especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69553

CN: 660432

**RISPERIDONA VIATRIS 1MG/ML 1 FRASCO 100ML  
SOLUCION ORAL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona está indicada para:

Tratamiento de la esquizofrenia. Risperidona es también efectiva en el mantenimiento de la

mejoría clínica en pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Tratamiento de episodios maníacos de moderados a severos.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71474

CN: 667266

**RISPERIDONA VIATRIS 2MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona MYLAN está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educativa. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71475

CN: 667271

**RISPERIDONA VIATRIS 3MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que

no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado

de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros

comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la

intervención psicosocial y educativa. Se recomienda la prescripción de risperidona por un

especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71476

CN: 693472

**RISPERIDONA VIATRIS 4MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o

graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de

la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71476

CN: 695451

**RISPERIDONA VIATRIS 4MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona MYLAN está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70811

CN: 667282

**RISPERIDONA VIATRIS 6MG 60 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que

no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona Mylan Pharmaceuticals está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y

adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado

de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros

comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento

farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la

intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un

especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70811

CN: 694930

**RISPERIDONA VIATRIS 6MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Risperidona MYLAN está indicado en el tratamiento de episodios maníacos moderados o graves asociados a trastornos bipolares.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia del tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando existe el riesgo de que se produzcan lesiones en uno mismo o en los demás.

Risperidona MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresividad persistente en trastornos de conducta en niños a partir de 5 años y adolescentes con rendimiento intelectual por debajo de la media o retraso mental disagnosticado de acuerdo con los criterios del DSM-IV, en quienes la gravedad de la agresión u otros comportamientos disruptivos requieren un tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe ser parte de un programa de terapia más exhaustivo, que incluya la intervención psicosocial y educacional. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología pediátrica y psiquiatría infantojuvenil o médicos muy familiarizados

con el tratamiento de los desórdenes de conducta en niños y adolescentes.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83361

CN: 723380

**ROCOZ PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83362

CN: 723381

**ROCOZ PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83363

CN: 723382

**ROCOZ PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83366

CN: 723421

**ROCOZ PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83364

CN: 723383

**ROCOZ PROLONG 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83364

CN: 723384

**ROCOZ PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia (ver sección 5.1). Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Quetiapina (ver sección 4.4).

---

Nº REG: 69672

CN: 660686

**ROCOZ 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICUL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite

las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69674

CN: 660689

**ROCOZ 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICUL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 69671

CN: 662573

**ROCOZ 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

Nº REG: 69675

CN: 660690

**ROCOZ 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICUL EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Tratamiento de la esquizofrenia.

Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que quetiapina evite las recurrencias de los episodios maníacos o depresivos

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86593

CN: 732886

**ROCOZ 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Quetiapina está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

Para la prevención de la recurrencia de episodios maníacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

---

Nº REG: 1181294003

CN: 724707

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

## INDICACIONES

RXULTI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 1181294003

CN: 730293

**RXULTI 1MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

RXULTI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1181294005

CN: 724739

RXULTI 2MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

RXULTI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

Nº REG: 1181294006

CN: 724741

RXULTI 3MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

RXULTI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

Nº REG: 1181294007

CN: 724742

RXULTI 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

RXULTI está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70859

CN: 662793

**SEROQUEL PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69646

CN: 660616

**SEROQUEL PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS**  
**LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong. (NUEVA INDICACIÓN)

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69647

CN: 660617

**SEROQUEL PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong. (NUEVA INDICACIÓN)

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69648

CN: 660618

**SEROQUEL PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS  
LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong. (NUEVA INDICACIÓN)

---



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69645

CN: 660615

**SEROQUEL PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS**  
**LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

- prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong. (NUEVA INDICACIÓN)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69645

CN: 676091

**SEROQUEL PROLONG 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel Prolong está indicado para:

el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo

-prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.

el tratamiento del trastorno bipolar:

-Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar

-Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar

-Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maníaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.

El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong.

---

Nº REG: 63055

CN: 870089

**SEROQUEL 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Seroquel está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el

trastorno bipolar

- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno

bipolar

- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar (NUEVA INDICACIÓN)

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63056

CN: 870105

**SEROQUEL 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Seroquel está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
- Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
- Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar (NUEVA INDICACIÓN)

---

Nº REG: 64436

CN: 713115

**SEROQUEL 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Seroquel está indicado para el tratamiento de:

Esquizofrenia.

Seroquel está indicado en el tratamiento del trastorno bipolar:

- Para el tratamiento de los episodios maníacos moderados a graves en el trastorno bipolar
  - Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar
  - Para la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar (NUEVA INDICACIÓN)
-

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63994

CN: 880658

SOLIAN 100MG 60 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 65991

CN: 846758

SOLIAN 100MG/ML FRASCO 60ML SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 63995

CN: 880666

SOLIAN 200MG 60 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 3400934874802IP

CN: 745788

SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 3400934874802IP1

CN: 763129

**SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 63996

CN: 880682

**SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 3400934874802

CN: 732463

**SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

Nº REG: 5267-21102009

CN: 728632

**SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Amisulprida está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10640005

CN: 665908

**SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 10640005IP2

CN: 762295

**SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 10640005IP

CN: 731555

**SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10640002

CN: 665907

**SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 10640002IP2

CN: 762293

**SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 10640002IP

CN: 732465

**SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Sycrest está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. // Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81064

CN: 711623

**TRACTIVA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 81065

CN: 711624

**TRACTIVA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81063

CN: 711621

**TRACTIVA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Aripiprazol está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Aripiprazol está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Aripiprazol está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 114971007

CN: 711288

**TREVICTA 175MG 1 JERINGA PREC 0,875ML SUSP  
INYECT LIBERACION PROL**

## INDICACIONES

TREVICTA, inyección trimestral, está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultoscólicamente estables con la formulación inyetable mensual de paliperidona de palmitato de //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114971008

CN: 711280

**TREVICTA 263MG 1 JERINGA PREC 1,315ML + 2 AGUJAS SUSP INY LIBER PROL**

## INDICACIONES

TREVICTA, inyección trimestral, está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultosclínicamente estables con la formulación inyectable mensual de paliperidona de paliperidona //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 114971009

CN: 711278

**TREVICTA 350MG 1 JERINGA PRECARGADA 1,750ML SUSP INY LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

TREVICTA, inyección trimestral, está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultosclínicamente estables con la formulación inyectable mensual de paliperidona de paliperidona //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 114971010

CN: 711282

**TREVICTA 525MG 1 JERINGA PRECARGADA 2,625ML SUSP INY LIBER PROLONG**

## INDICACIONES

TREVICTA, inyección trimestral, está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultosclínicamente estables con la formulación inyectable mensual de paliperidona de paliperidona //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 11672004

CN: 700661

**XEPLION 100MG 1 JERINGA PRECARG 1ML SUSPENS  
INyec LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

Xeplion está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Xeplion puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 11672005

CN: 700662

**XEPLION 150MG 1 JERINGA PRECARG 1,5ML SUSPEN  
INyec LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

Xeplion está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Xeplion puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 11672002

CN: 700659

**XEPLION 50MG 1 JERINGA PRECARG 0,5ML SUSPEN  
INyec LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

Xeplion está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Xeplion puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 11672003

CN: 700660

**XEPLION 75MG 1 JERINGA PRECARG 0,75ML SUSPEN  
INyec LIBERAC PROLONG**

## INDICACIONES

Xeplion está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Xeplion puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 07415048

CN: 688277

**ZALASTA 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 07415053

CN: 688271

ZALASTA 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 07415002

CN: 688285

ZALASTA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 64851

CN: 769984

ZELDOX 20MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar)  
(NUEVA INDICACIÓN)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64855

CN: 770487

ZELDOX 20MG 1 VIAL POLVO Y 1 AMPOLLA  
DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona polvo y disolvente para solución inyectable está indicada para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento por vía oral no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.

Tan pronto como se considere adecuado desde el punto de vista clínico, debe interrumpirse el tratamiento con ziprasidona polvo y disolvente para solución inyectable y comenzarse a utilizar ziprasidona por vía oral.

---

Nº REG: 64852

CN: 770321

ZELDOX 40MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar)  
(NUEVA INDICACIÓN)



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64852

CN: 770420

ZELDOX 40MG 14 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar) (NUEVA INDICACIÓN)

---

Nº REG: 64853

CN: 770446

ZELDOX 60MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar) (NUEVA INDICACIÓN)

---

Nº REG: 64854

CN: 770453

ZELDOX 80MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar) (NUEVA INDICACIÓN)

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83770

CN: 724585

**ZIPRASIDONA AUROVITAS 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido un efecto preventivo de los episodios en trastorno bipolar - ver sección 5.1).

---

Nº REG: 83771

CN: 724586

**ZIPRASIDONA AUROVITAS 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido un efecto preventivo de los episodios en trastorno bipolar - ver sección 5.1).

---

Nº REG: 83772

CN: 724587

**ZIPRASIDONA AUROVITAS 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido un efecto preventivo de los episodios en trastorno bipolar - ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83773

CN: 724588

**ZIPRASIDONA AUROVITAS 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido un efecto preventivo de los episodios en trastorno bipolar - ver sección 5.1).

---

Nº REG: 80958

CN: 711170

**ZIPRASIDONA CINFA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar véase la sección 5.1).

---

Nº REG: 80959

CN: 711172

**ZIPRASIDONA CINFA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar véase la sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80960

CN: 711173

**ZIPRASIDONA CINFA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar véase la sección 5.1).

---

Nº REG: 80957

CN: 711169

**ZIPRASIDONA CINFA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar véase la sección 5.1).

---

Nº REG: 76643

CN: 693940

**ZIPRASIDONA KRKA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos, en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76644

CN: 693950

**ZIPRASIDONA KRKA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada

asociados con trastorno bipolar en adultos, en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar)

Nº REG: 76646

CN: 693970

**ZIPRASIDONA KRKA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada

asociados con trastorno bipolar en adultos, en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

Nº REG: 76645

CN: 693961

**ZIPRASIDONA KRKA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada

asociados con trastorno bipolar en adultos, en niños y adolescentes de 10 a 17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76530

CN: 693330

**ZIPRASIDONA SANDOZ 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de intensidad moderada asociados con el trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

---

Nº REG: 76531

CN: 693342

**ZIPRASIDONA SANDOZ 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de intensidad moderada asociados con el trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

---

Nº REG: 76543

CN: 693365

**ZIPRASIDONA SANDOZ 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de intensidad moderada asociados con el trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76544

CN: 693377

**ZIPRASIDONA SANDOZ 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicado para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de intensidad moderada asociados con el trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

Nº REG: 75686

CN: 688772

**ZIPRASIDONA STADA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos, niños y adolescentes de 10-17 años de edad (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

Nº REG: 75683

CN: 688768

**ZIPRASIDONA STADA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos, niños y adolescentes de 10-17 años de edad (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75687

CN: 688773

**ZIPRASIDONA STADA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos, niños y adolescentes de 10-17 años de edad (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

Nº REG: 75692

CN: 688802

**ZIPRASIDONA STADA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos, niños y adolescentes de 10-17 años de edad (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).

Nº REG: 75399

CN: 687586

**ZIPRASIDONA VIATRIS 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de los episodios de manía o mixtos de intensidad moderada en el trastorno bipolar de pacientes adultos y pediátricos con edades comprendidas entre 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios del trastorno bipolar).



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75400

CN: 687597

**ZIPRASIDONA VIATRIS 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de los episodios de manía o mixtos de intensidad moderada en el trastorno bipolar de pacientes adultos y pediátricos con edades comprendidas entre 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios del trastorno bipolar).

---

Nº REG: 75401

CN: 687603

**ZIPRASIDONA VIATRIS 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de los episodios de manía o mixtos de intensidad moderada en el trastorno bipolar de pacientes adultos y pediátricos con edades comprendidas entre 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios del trastorno bipolar).

---

Nº REG: 75402

CN: 687611

**ZIPRASIDONA VIATRIS 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos.

Ziprasidona está indicada para el tratamiento de los episodios de manía o mixtos de intensidad moderada en el trastorno bipolar de pacientes adultos y pediátricos con edades comprendidas entre 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios del trastorno bipolar).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73569

CN: 677650

**ZOLAFREN FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

Nº REG: 73569

CN: 677651

**ZOLAFREN FLAS 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73568

CN: 677653

**ZOLAFREN FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 73567

CN: 677655

**ZOLAFREN FLAS 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73570

CN: 677659

**ZOLAFREN FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 74760

CN: 684609

**ZOLAFREN 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74760

CN: 684610

**ZOLAFREN 10MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 70351

CN: 661997

**ZOLAFREN 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70351

CN: 662658

**ZOLAFREN 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.

---

Nº REG: 74822

CN: 684622

**ZOLAFREN 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado o severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74768

CN: 684627

**ZOLAFREN 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 74751

CN: 684579

**ZOLAFREN 2,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74752

CN: 684582

**ZOLAFREN 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 70350

CN: 661996

**ZOLAFREN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de

continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar

cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74754

CN: 684583

**ZOLAFREN 7,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Adultos

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en

los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a severo.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar

que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco.

---

Nº REG: 82725

CN: 720180

**ZYKALOR 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Zykalor está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Zykalor está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Zykalor está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82726

CN: 720181

**ZYKALOR 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Zykalor está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Zykalor está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Zykalor está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 82727

CN: 720182

**ZYKALOR 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Zykalor está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Zykalor está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol (ver sección 5.1).

Zykalor está indicado para el tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125002IP

CN: 758485

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125006IP1

CN: 763389

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125006IP

CN: 758484

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125002

CN: 889907

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125006

CN: 651649

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125003

CN: 889915

**ZYPREXA VELOTAB 15MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125004

CN: 889881

**ZYPREXA VELOTAB 20MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001IP2

CN: 759144

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001IP4

CN: 764091

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001IP3

CN: 759145

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001

CN: 889949

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001IP1

CN: 707066

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99125001IP

CN: 706246

**ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022010IP

CN: 758483

**ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022010IP1

CN: 763461

**ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //  
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022009IP

CN: 758482

**ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022009

CN: 674572

**ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022010

CN: 674564

**ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

Nº REG: 96022016

CN: 700547

**ZYPREXA 10MG 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

ZYPREXA polvo para solución inyectable está indicado para el control rápido de la agitación y los comportamientos alterados en pacientes que presentan esquizofrenia o episodio maníaco, cuando no es adecuado el tratamiento oral. Tan pronto como sea posible, se debe interrumpir el tratamiento con ZYPREXA polvo para solución inyectable, iniciándose el tratamiento con olanzapina por vía oral. //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022002

CN: 877001

**ZYPREXA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP1

CN: 706247

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP2

CN: 751281

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP5

CN: 763984

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años



# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP4

CN: 761861

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP3

CN: 758203

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años.

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004

CN: 674622

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004IP

CN: 704069

**ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

# DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022006

CN: 674606

**ZYPREXA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**

## INDICACIONES

La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta inicial al tratamiento //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maníaco //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

---

**FIN DEL TIPO DE VISADO  
CPD-E edad colectivos**

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 congénita 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 sólo puede prescribirse por médicos, preferentemente dermatólogos, que cuenten con experiencia en el tratamiento con retinoides sistémicos y sepan valorar correctamente el riesgo teratogénico asociado a acitretina.

---

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 congénita 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 sólo puede prescribirse por médicos, preferentemente dermatólogos, que cuenten con experiencia en el tratamiento con retinoides sistémicos y sepan valorar correctamente el riesgo teratogénico asociado a acitretina.

---

Nº REG: 85584

CN: 729805

**ACNISDIN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistémica y cutánea.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85585

CN: 729809

**ACNISDIN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistémica y cutánea.

---

Nº REG: 85748

CN: 730310

**ACNISDIN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistentes a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos de forma sistémica y cutánea.

---

Nº REG: 84057

CN: 725444

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

## INDICACIONES

Alitretinoína IFC está indicada en adultos con eccema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes.  
Los pacientes cuyo eccema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen más probabilidad de responder al tratamiento que aquellos en los que el eccema se presenta como eccema dishidrótico.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84058

CN: 725445

ALITRETINOINA IFC 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Alitretinoína IFC está indicada en adultos con eccema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes.

Los pacientes cuyo eccema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen más probabilidad de responder al tratamiento que aquellos en los que el eccema se presenta como eccema dishidrótico.

Nº REG: 86148

CN: 758841

ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 8 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86148

CN: 758842

ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD

## INDICACIONES

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



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86149

CN: 759286

ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 85558

CN: 732421

ALZERTA 13,3MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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, incluyedo 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: 82798

CN: 720449

ANAGRELIDA GLENMARK 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

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 ó

recuento de plaquetas >1000 x 10 (elevado a 9) / l ó

antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82766

CN: 720347

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

## INDICACIONES

Está 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  $>1000 \times 10^9$  elevado a 9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.

---

Nº REG: 82522

CN: 719472

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

## INDICACIONES

Está 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  $>1000 \times 10^9$  elevado a 9/l o
  - Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos
-

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82631

CN: 719821

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

## INDICACIONES

Está 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  $>1000 \times 10^9$  elevado a 9/l o
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos

---

Nº REG: 82672

CN: 719981

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

## INDICACIONES

Está 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  $>1000 \times 10^9$  elevado a 9/l o
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos

---

Nº REG: 88396

CN: 759980

**APODEV 5MG/ML 1 VIAL DE 20ML SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de las fluctuaciones motoras (fenómenos "on-off") en pacientes con enfermedad de Parkinson que no están suficientemente controlados con la medicación antiparkinsoniana oral.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88396

CN: 759981

**APODEV 5MG/ML 5 VIALES 20ML SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de las fluctuaciones motoras (fenómenos "on-off") en pacientes con enfermedad de Parkinson que no están suficientemente controlados con la medicación antiparkinsoniana oral.

---

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 periférico de la descarboxilasa) y/u otros agonistas dopaminérgicos.

---

Nº REG: 74401

CN: 681975

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

## INDICACIONES

Tratamiento de las fluctuaciones motoras (fenómenos on-off) en pacientes con la enfermedad de Parkinson que no estén suficientemente controlados mediante la medicación 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 (fenómenos on-off) en pacientes con enfermedad de Parkinson que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76110-4-12-2006

CN: 720954

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76110-4-12-2006IP1

CN: 731550

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES

## INDICACIONES

ARICEPT FLAS comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 76110-04-12-2006IP

CN: 728191

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 3400937306447

CN: 730626

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSIBLES

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 68213

CN: 656444

ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSIBLES

## INDICACIONES

ARICEPT FLAS comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 61870

CN: 664060

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

Nº REG: 0612298CIP

CN: 765087

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 0612298C

CN: 764906

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

Nº REG: 75519-20-11-2007IP1

CN: 731551

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

## INDICACIONES

ARICEPT comprimidos recubiertos con película está indicado para el tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

Nº REG: 75519-20-11-2007IP

CN: 728192

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75519-20-11-2007

CN: 720953

ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

Nº REG: 0612198C

CN: 764630

ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

Nº REG: 0612198CIP

CN: 766002

ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

Nº REG: 61869

CN: 664078

ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86368

CN: 732120

ASTARTE 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PREC 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG

## INDICACIONES

Ganirelix está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA). En los estudios clínicos se utilizó ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido.

Nº REG: 86368

CN: 732121

ASTARTE 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PREC 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG

## INDICACIONES

Ganirelix está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA). En los estudios clínicos se utilizó 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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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: 02218020IP

CN: 716310

AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 02218020IP2

CN: 741401

AXURA 20MG 56 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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02218020

CN: 661011

AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 02218006

CN: 925933

AXURA 5MG/PULSACION SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 02218016

CN: 762916

AXURA 5/10/15/20MG 7 X 5MG + 7 X 10MG + 7 X 15MG + 7 X 20MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA BLISTER (ALU/PP)

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909002

CN: 702710

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

## INDICACIONES

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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 grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909009

CN: 703477

**BEMFOLA 150UI/0,25ML 10 PLUMAS PRECARGADAS  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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 grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909008

CN: 706521

**BEMFOLA 150UI/0,25ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909003

CN: 702714

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

## INDICACIONES

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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 grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909011

CN: 703478

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

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909010

CN: 706522

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

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909004

CN: 702716

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

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909013

CN: 703479

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

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909012

CN: 706523

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

## INDICACIONES

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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 grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909005

CN: 702735

**BEMFOLA 450UI/0,75ML 1 PLUMA PRECARGADA  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909001

CN: 702736

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

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909007

CN: 703476

**BEMFOLA 75UI/0,125ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

La folitropina alfa, asociada a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

La folitropina alfa está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

---

Nº REG: 60911

CN: 682245

**CAVERJECT 10MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA**

## INDICACIONES

Tratamiento de la disfunción eréctil.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60535

CN: 688978

CAVERJECT 20MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA

## INDICACIONES

Tratamiento de la disfunción eréctil.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 patógenos sensibles a cefepima:

- neumonía
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empírico de pacientes con neutropenia febril: En pacientes con neutropenia febril está indicada la monoterapia con cefepima. En pacientes con alto riesgo de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de medula ósea reciente, con hipotensión como motivo principal de consulta, con una neoplasia hematológica subyacente o con neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibióticos 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 infección de la vesícula biliar
- profilaxis en la cirugía intra-abdominal

Niños (de 2 meses a 12 años)

Para el tratamiento de las infecciones causadas por patógenos sensibles a cefepima:

- neumonía grave
- infecciones graves del tracto urinario
- infecciones de la piel y de los tejidos blandos
- tratamiento empírico de los pacientes con neutropenia febril: La monoterapia con cefepima está indicada para los pacientes con neutropenia febril. En pacientes con riesgo alto de infecciones graves (p.ej. pacientes con trasplante de médula ósea reciente, con hipotensión como motivo principal de la consulta, con neoplasia hematológica subyacente, o neutropenia grave o prolongada), la monoterapia con antibióticos 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 antibióticos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 neumonía nosocomial y neumonía adquirida en la comunidad, exacerbación bacteriana aguda de bronquitis crónica e infección bacteriana secundaria de bronquitis aguda.
- infecciones del tracto urinario no complicadas y complicadas, incluyendo pielonefritis;
- infecciones cutáneas y subcutáneas;
- infecciones intraabdominales, incluidas peritonitis e infecciones del tracto biliar;
- infecciones ginecológicas;
- meningitis bacteriana en bebés y niños;
- En combinación con otros agentes antibacterianos en el tratamiento de pacientes neutropénicos con fiebre que se sospecha que se deba a una infección bacteriana;
- El tratamiento de pacientes con bacteriemia que ocurre en asociación con, o se sospecha que está asociada con, cualquiera de las infecciones mencionadas anteriormente.

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 57720

CN: 714915

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

## INDICACIONES

Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por gérmenes sensibles:

- infecciones otorrinolaringológicas
  - infecciones de vía respiratoria inferior, incluyendo exacerbación de bronquitis crónica, neumonía bacteriana, bronquiectasias infectadas, y abscesos pulmonares.
  - infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo enfermedad gonocócica no complicada, celulitis pélvica, endometritis, prostatitis y anexitis.
  - septicemia
  - endocarditis infecciosa
  - infecciones del Sistema Nervioso Central (meningitis, fundamentalmente aquellas causadas por gérmenes Gram-negativos)
  - infecciones de piel y tejidos blandos, incluyendo quemaduras y heridas infectadas
  - infecciones osteoarticulares, tales como osteomielitis y artritis séptica
  - infecciones de la cavidad abdominal(peritonitis, infecciones del tracto biliar).
-

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 gérmenes sensibles:

- infecciones otorrinolaringológicas
  - infecciones de vía respiratoria inferior, incluyendo exacerbación de bronquitis crónica, neumonía bacteriana, bronquiectasias infectadas, y abscesos pulmonares.
  - infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo enfermedad gonocócica no complicada, celulitis pélvica, endometritis, prostatitis y anexitis.
  - septicemia
  - endocarditis infecciosa
  - infecciones del Sistema Nervioso Central (meningitis, fundamentalmente aquellas causadas por gérmenes Gram-negativos)
  - infecciones de piel y tejidos blandos, incluyendo quemaduras y heridas infectadas
  - infecciones osteoarticulares, tales como osteomielitis y artritis séptica
  - infecciones de la cavidad abdominal(peritonitis, infecciones del tracto biliar).
-

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 gérmenes sensibles:

- infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía y abscesos pulmonares.
  - infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo cistitis agudas no complicadas, uretritis o cervicitis gonocócica no complicada. Sin embargo, la cefoxitina no puede considerarse el tratamiento de elección en estas infecciones.
  - infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis y abscesos intra-abdominales
  - infecciones ginecológicas, incluyendo endometritis, celulitis pélvica y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Cefoxitina no es activa frente a *Chlamydia trachomatis* . Por lo tanto, cuando Cefoxitina sea utilizada en el tratamiento de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y *Chlamydia trachomatis* sea uno de los posibles patógenos, deberá administrarse además un tratamiento apropiado frente a *Chlamydia*.
- Septicemia causada por gérmenes Gram-negativos.
  - Infecciones óseas y articulares
  - Infecciones de la piel y tejidos blandos.

En profilaxis quirúrgica, la administración perioperatoria de cefoxitina puede reducir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugía limpia (histerectomía vaginal y/o abdominal, cesárea) o en cirugía contaminada (colorrectal, apendicectomía). Sin embargo, cefoxitina no es el antibiótico de elección en la cirugía contaminada.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89855

CN: 765883

**CEFTAZIDIMA LDP TORLAN 1G 1 VIAL POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG**

## INDICACIONES

Ceftazidima LDP TORLAN está indicada en el tratamiento de las infecciones que se enumeran a continuación en adultos y niños, lo que incluye a neonatos (desde el nacimiento).

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

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

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

Ceftazidima puede usarse en la profilaxis perioperatoria de infecciones urinarias en pacientes sometidos a una resección transuretral de la próstata (RTUP). La selección de ceftazidima debe tener en cuenta su espectro antibacteriano, que está principalmente restringido a bacterias aerobias Gram negativas.

La ceftazidima se debe administrar conjuntamente con otros agentes antibacterianos, siempre que el posible espectro de acción de la bacteria causante no se encuentre dentro de su rango de actividad. Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales para el uso adecuado de agentes antibacterianos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67007

CN: 652070

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

## INDICACIONES

CEFTAZIDIMA NORMON está indicada en el tratamiento de infecciones bacterianas graves, simples o mixtas, producidas por organismos sensibles.

CEFTAZIDIMA NORMON puede ser utilizada en solitario como fármaco de primera elección antes de conocerse los resultados del antibiograma. En el momento de obtenerse estos resultados, debe ajustarse adecuadamente el tratamiento antibiótico.

Puede utilizarse en combinación con antibióticos aminoglucósidos o con la mayoría de los otros antibióticos betalactámicos.

Cuando se sospeche la presencia de *Bacteroides fragilis*, CEFTAZIDIMA NORMON puede ser utilizada junto con un antibiótico apropiado frente a anaerobios.

Las indicaciones incluyen:

- Infecciones graves; por ejemplo, septicemia, infecciones en pacientes inmunodeprimidos.
- Infecciones de las vías respiratorias inferiores.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar.
- Infecciones ginecológicas.
- Infecciones de la piel y tejidos blandos.
- Infecciones óseas y de las articulaciones.

Deben tenerse en cuenta las directrices oficiales referentes a resistencias bacterianas y al uso y prescripción adecuadas de antibióticos.



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 continuación en adultos y niños, lo que incluye a neonatos (desde el nacimiento).

Neumonía nosocomial

Infecciones broncopulmonares en la fibrosis quística

Meningitis bacteriana

Otitis media supurativa crónica

Otitis externa maligna

Infecciones complicadas del tracto urinario.

Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos.

Infecciones intrabdominales complicadas

Infecciones óseas y articulares

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

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

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

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

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

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

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64538

CN: 728103

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

## INDICACIONES

Ceftriaxona está 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 gonocócicas)

Estadíos 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64540

CN: 748368

**CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G V+AMP SOL INY IM  
EFG**

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardíacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 está 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 gonocócicas)

Estadíos 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87362

CN: 745796

**CEFTRIAXONA LDP TORLAN 1G 1 VIAL POLVO  
SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION EFG**

## INDICACIONES

La ceftriaxona está indicada en el tratamiento de las siguientes infecciones en adultos y niños, incluidos neonatos a término (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 esté 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62635

CN: 666610

**CEFTRIAXONA NORMON 1000MG 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT IV EFG**

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

---

Nº REG: 62641

CN: 674945

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

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62639

CN: 674960

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

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

---

Nº REG: 62636

CN: 674994

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

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62640

CN: 674952

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

## INDICACIONES

En infecciones causadas por los gérmenes 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 neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
  - Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
  - Profilaxis perioperatoria de infecciones
  - Tratamiento de cuadros neurológicos, cardíacos y artríticos de borreliosis de Lyme.
-



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83903

CN: 725043

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

## INDICACIONES

La ceftriaxona está indicada en el tratamiento de las siguientes infecciones en adultos y niños, incluidos neonatos a término (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 esté 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.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99100001

CN: 855379

**CETROTIDE 0,25MG/VI 1 VIAL POLVO + 1 JERINGA  
PRECARGADA SOLUC INYECT**

## INDICACIONES

Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida de la extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida.

En los ensayos clínicos Cetrotide se utilizó en combinación con gonadotropina menopáusica humana (HMG), sin embargo, la limitada experiencia con la hormona estimuladora del folículo (FSH) recombinante sugirió una eficacia similar.

Nº REG: 99100002

CN: 666842

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

## INDICACIONES

Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida de la extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida.

En los ensayos clínicos Cetrotide se utilizó en combinación con gonadotropina menopáusica humana (HMG), sin embargo, la limitada experiencia con la hormona estimuladora del folículo (FSH) recombinante sugirió una eficacia similar.

Nº REG: 85838

CN: 730565

**CEZIBOE 0,25MG 7 JERINGAS PRECARGADAS  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada, seguida por extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85838

CN: 730563

CEZIBOE 0,25MG 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE

## INDICACIONES

Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada, seguida por extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida.

---

Nº REG: 78832

CN: 702677

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

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78833

CN: 702679

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

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78222

CN: 700420

**CILOSTAZOL CINFA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78148

CN: 700192

CILOSTAZOL KERN PHARMA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78146

CN: 700190

CILOSTAZOL NORMON 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78177

CN: 700317

**CILOSTAZOL PENSA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78224

CN: 700426

**CILOSTAZOL SANDOZ 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78181

CN: 700331

CILOSTAZOL STADA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78175

CN: 700315

CILOSTAZOL TARBIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78988

CN: 703398

**CILOSTAZOL VIATRIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 78176

CN: 700316

**CILOSTAZOL VIR 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.  
(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 gérmenes 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 inflamatoria pélvica aguda, 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.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 gérmenes 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 inflamatoria pélvica aguda, 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.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79174

CN: 704154

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

## INDICACIONES

Tratamiento de fluctuaciones motoras (fenómenos "on-off") en pacientes con enfermedad de Parkinson que no están suficientemente controlados con la medicación antiparkinsoniana oral.

Nº REG: 79174

CN: 714165

DACEPTON 5MG/ML 5 VIALES 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de fluctuaciones motoras (fenómenos on-off) en pacientes con enfermedad de Parkinson que no están suficientemente controlados con la medicación 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 inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (FIVTE)

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1191412010

CN: 727863

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

## INDICACIONES

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años

Deferasirox Accord está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1191412002

CN: 727861

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

## INDICACIONES

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años

Deferasirox Accord está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox Accord también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86260

CN: 731832

**DEFERASIROX AUROVITAS 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox Aurovitas está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox Aurovitas también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes(> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,

en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,

en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox Aurovitas también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86261

CN: 731833

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

## INDICACIONES

Deferasirox Aurovitas está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox Aurovitas también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes(> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,

en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,

en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox Aurovitas también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85548

CN: 729702

**DEFERASIROX RATIOPHARM 360MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes(> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,

en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,

en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84910

CN: 728083

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

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84911

CN: 728084

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

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88088

CN: 758304

**DEFERASIROX TARBIS 360MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes(> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,

en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,

en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85516

CN: 729594

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

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85517

CN: 729595

**DEFERASIROX TEVA 90MG 30 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86445

CN: 732488

**DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 360MG 30  
COMPRIM RECUB PEL(AI/AI) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86445

CN: 732486

**DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 360MG 30  
COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86446

CN: 732490

**DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 90MG 30  
COMPRIM RECUB PEL (AI/AI) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86446

CN: 732489

**DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 90MG 30  
COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84527

CN: 726929

**DEFERASIROX VIVANTA 180MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

- en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes ( $< 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84529

CN: 726931

**DEFERASIROX VIVANTA 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

- en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes ( $< 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84528

CN: 726930

**DEFERASIROX VIVANTA 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

- en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes ( $< 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años,
- en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84885

CN: 728005

**DEFERASIROX TILLOMED 360MG 30 COMPRIM RECUB  
PELIC (BLIST AL/AL) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84883

CN: 728001

**DEFERASIROX TILLOMED 90MG 30 COMPRIM RECUB  
PELIC (BLISTER A/AI) EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 65333

CN: 791780

**DERCUTANE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

Isotretinoína sólo puede prescribirse por o bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de los retinoides por vía general para tratar el acné grave y un conocimiento íntegro de los riesgos del tratamiento con isotretinoína y de la necesidad de vigilancia terapéutica.

---

Nº REG: 65334

CN: 791962

**DERCUTANE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

Isotretinoína sólo puede prescribirse por o bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de los retinoides por vía general para tratar el acné grave y un conocimiento íntegro de los riesgos del tratamiento con isotretinoína y de la necesidad de vigilancia terapéutica.

---

Nº REG: 78326

CN: 700996

**DERCUTANE 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía cutánea.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78326

CN: 700998

DERCUTANE 30MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía cutánea.

---

Nº REG: 67878

CN: 660288

DERCUTANE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

---

Nº REG: 69742

CN: 660861

DERCUTANE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

---

Nº REG: 83285

CN: 722352

DETAM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Detam está indicado en adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83286

CN: 722353

DETAM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Detam está indicado en adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

---

Nº REG: 85691

CN: 730114

DEZIPAR 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Para la terapia de sustitución en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultáneamente a las mismas dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados.

---

Nº REG: 85692

CN: 730115

DEZIPAR 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Para la terapia de sustitución en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultáneamente a las mismas dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1060367013

CN: 731455

DIACOMIT 100MG 100 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

Diacomit está indicado en combinación con clobazam y valproato como tratamiento adyuvante para las convulsiones tónico-clónicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclónica grave de la infancia (EMGI, síndrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato.

---

Nº REG: 06367002

CN: 661639

DIACOMIT 250MG 60 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

Diacomit está indicado en combinación con clobazam y valproato como tratamiento adyuvante para las convulsiones tónico-clónicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclónica grave de la infancia (EMGI, síndrome 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 está indicado en combinación con clobazam y valproato como tratamiento adyuvante para las convulsiones tónico-clónicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclónica grave de la infancia (EMGI, síndrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85285

CN: 729013

**DOMEX 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Para la terapia de sustitución en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultáneamente a las mismas dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados.

---

Nº REG: 85286

CN: 729014

**DOMEX 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Para la terapia de sustitución en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultáneamente a las mismas dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados.

---

Nº REG: 71572

CN: 664105

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

## INDICACIONES

Donepezilo Almus está indicado en el tratamiento sintomático 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

Donepezilo Almus está indicado en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74174

CN: 680981

DONEPEZILO ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74174

CN: 763075

DONEPEZILO ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

En la sección 4.4. se incluyen advertencias y precauciones especiales de empleo en esta indicación.

Nº REG: 74175

CN: 763076

DONEPEZILO ALTER 5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81321

CN: 713151

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

## INDICACIONES

Donepezilo Aurovitas comprimidos recubiertos con película está indicado para el tratamiento sintomático 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 película está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73152

CN: 672940

**DONEPEZILO CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73153

CN: 672944

**DONEPEZILO CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG**

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74022

CN: 680281

DONEPEZILO COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo Combix está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76990

CN: 696019

DONEPEZILO DURBAN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo Macleods está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77004

CN: 696046

DONEPEZILO DURBAN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo Macleods está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75470

CN: 687872

DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 10MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

Donepezilo Flas Actavis está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75891

CN: 689805

DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10MG 28  
COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG

## INDICACIONES

Donezepilo Flas está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 79123

CN: 704066

DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 10MG 28  
COMPRIM BUCODISPERSAB EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79124

CN: 703901

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74862

CN: 684954

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

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74861

CN: 684939

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

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75301

CN: 687124

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

## INDICACIONES

Donepezilo Flas STADA comprimidos está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75300

CN: 687120

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

## INDICACIONES

Donepezilo Flas STADA comprimidos está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave

---

Nº REG: 74245

CN: 681265

DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 10MG  
28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74246

CN: 681266

**DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 5MG  
28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG**

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 76026

CN: 691260

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

## INDICACIONES

Donezepilo está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73334

CN: 678427

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73333

CN: 678415

DONEPEZILO KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 76594

CN: 693619

DONEPEZILO MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75012

CN: 685822

DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo NORMON está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75011

CN: 685814

DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo NORMON está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 69892

CN: 661115

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69891

CN: 661114

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75252

CN: 686947

DONEPEZILO RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75251

CN: 686937

DONEPEZILO RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73988

CN: 680004

DONEPEZILO STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PEL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73988

CN: 765310

DONEPEZILO STADA 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 73987

CN: 765311

DONEPEZILO STADA 5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático 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 sintomático de la enfermedad de alzheimer de leve a moderadamente grave.

---



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70051

CN: 661449

DONEPEZILO SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75014

CN: 685830

DONEPEZILO TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75013

CN: 685829

DONEPEZILO TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75217

CN: 686828

DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo TecniGen está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75217

CN: 765833

**DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75216

CN: 765832

**DONEPEZILO TECNIGEN 5MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75249

CN: 686914

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

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74595

CN: 763923

**DONEPEZILO UR 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Donepezilo UR está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74596

CN: 683257

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

## INDICACIONES

Donepezilo UR está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74596

CN: 763412

DONEPEZILO UR 10MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 70587

CN: 662297

DONEPEZILO VIATRIS 10MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo MYLAN está indicado en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 70586

CN: 662295

DONEPEZILO VIATRIS 5MG 28 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo MYLAN está indicado en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84320

CN: 726296

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

## INDICACIONES

Dronedaronas está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad, dronedaronas debe prescribirse sólo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas.

No debe administrarse dronedaronas a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

---

Nº REG: 84479

CN: 726786

**DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60  
COMPRIMIDOS RECUB PELIC (PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

Dronedaronas Aurovitas Spain está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad, dronedaronas debe prescribirse sólo después de que se hayan considerado otras opciones alternativas de tratamiento.

Dronedaronas no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85109

CN: 728613

**DRONEDARONA AUROVITAS 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Dronedarona está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad, dronedarona debe prescribirse sólo después de que se hayan considerado otras opciones alternativas de tratamiento. Dronedarona no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica 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

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84026

CN: 725345

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

## INDICACIONES

Dronedarona está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Debido a su perfil de seguridad, dronedarona solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas.

Dronedarona no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

---

Nº REG: 02219009

CN: 832725

EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA  
PELICULAR

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos 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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02219027IP2

CN: 716306

EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

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

Nº REG: 02219027IP3

CN: 727470

EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 02219027

CN: 661012

EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

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

Nº REG: 02219027IP4

CN: 732136

EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

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

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 02219006

CN: 757807

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

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70125

CN: 661615

**EKISTOL 100MG 56 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

---

Nº REG: 70126

CN: 661616

**EKISTOL 50MG 56 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Cilostazol está indicado para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II).

Cilostazol está indicado para el tratamiento de segunda línea, 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 síntomas de claudicación intermitente.

(Nota seguridad AEMPS 3/6/2013)

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09609001

CN: 665772

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

## INDICACIONES

Elonva está indicado para el tratamiento de varones adolescentes (14 años en adelante) con hipogonadismo hipogonadotrófico, en combinación con gonadotropina coriónica humana (hCG).

Elonva está indicado para la estimulación ovárica controlada (EOC) en combinación con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de folículos múltiples en mujeres que participan en un programa de Técnicas de Reproducción Asistida(TRA)

---

Nº REG: 09609002

CN: 665773

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

## INDICACIONES

Elonva está indicado para el tratamiento de varones adolescentes (14 años en adelante) con hipogonadismo hipogonadotrófico, en combinación con gonadotropina coriónica humana (hCG).

Elonva está indicado para la estimulación ovárica controlada (EOC) en combinación con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de folículos múltiples en mujeres que participan en un programa de Técnicas de Reproducción Asistida(TRA)

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en adultos sólo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente 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 Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en adultos sólo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente 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 Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en adultos sólo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77642

CN: 698371

**ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Elvanse está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnóstico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

---

Nº REG: 77643

CN: 698372

**ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Elvanse está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnóstico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

---

Nº REG: 77644

CN: 698373

**ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Elvanse está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnóstico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

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 producción reducida de 1,25-dihidroxitamina D3

---

Nº REG: 1191411

CN: 727950

EVENITY 105MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 1,17ML SOLUCION INYECTABLE

## INDICACIONES

EVENITY está indicado en el tratamiento de la osteoporosis grave en mujeres posmenopáusicas con un elevado riesgo de fractura (ver sección 5.1). //

La financiación se limita a mujeres con osteoporosis grave definidas como DMO menor o igual a -3,0 y elevado riesgo de fractura previamente tratadas con bifosfonatos o con contraindicación a estos, que hayan experimentado una fractura previa por fragilidad (fractura osteoporótica mayor en los 24 meses previos), sin antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial coronaria (incluidas revascularizaciones y hospitalización por angina inestable). Los pacientes deben tener un riesgo cardiovascular bajo o moderado, según REGICOR (un riesgo menor del 10% en las tablas de Framingham-REGICOR) o un riesgo bajo o moderado, menor del 5% en las tablas del

SCORE. Se establece criterio de parada de tratamiento en línea con la ficha técnica de 12 meses de duración de tratamiento.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 198066029

CN: 728198

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

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 98066001

CN: 659334

EXELON 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 98066003

CN: 659318

EXELON 1,5MG 112 CAPSULAS GELATINA DURA

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066002

CN: 659326

EXELON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 98066013

CN: 807420

EXELON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 98066005

CN: 659292

EXELON 3MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066006

CN: 659284

EXELON 3MG 112 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 98066008

CN: 659268

EXELON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 98066009

CN: 659250

EXELON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066020

CN: 728207

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

## INDICACIONES

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

Nº REG: 98066020

CN: 728206

EXELON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 98066011

CN: 659235

EXELON 6MG 56 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98066012

CN: 659227

EXELON 6MG 112 CAPSULAS DURAS

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 98066025

CN: 728195

EXELON 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES  
TRANSDERMICOS

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 106356017

CN: 711247

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

## INDICACIONES

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $>7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes ( $<7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años

EXJADE está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 106356011

CN: 711248

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

## INDICACIONES

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $>7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de 2 a 5 años

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en en adultos y pacientes pediátricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años

EXJADE está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

EXJADE también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en adultos y pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes ( $<7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) de edad igual o superior a 2 años

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60070

CN: 699702

**FELDENE FLAS 20MG 20 LIOFILIZADOS ORALES**

## INDICACIONES

Piroxicam está indicado para el alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo.

La decisión de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluación del riesgo global en cada paciente individual.

---

Nº REG: 55806

CN: 995431

**FELDENE 20MG 20 CAPSULAS DURAS**

## INDICACIONES

Piroxicam está indicado para el alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo.

La decisión de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluación del riesgo global en cada paciente individual.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86035

CN: 731227

**FERUPANTIL 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86034

CN: 731226

**FERUPANTIL 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Deferasirox está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:

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

Deferasirox también está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o no es adecuado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66160

CN: 734822

**FLEXRESAN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

Isotretinoína sólo puede prescribirse por o bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de los retinoides por vía general para tratar el acné grave y un conocimiento íntegro de los riesgos del tratamiento con isotretinoína y de la necesidad de vigilancia terapéutica.

---

Nº REG: 66159

CN: 734764

**FLEXRESAN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

Isotretinoína sólo puede prescribirse por o bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de los retinoides por vía general para tratar el acné grave y un conocimiento íntegro de los riesgos del tratamiento con isotretinoína y de la necesidad de vigilancia terapéutica.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 50882

CN: 700562

**FOSFOCINA 1G 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION PARA PERF**

## INDICACIONES

Fosfocina Intravenosa está indicada en el tratamiento de infecciones complicadas o graves urinarias, dermatológicas, ginecológicas, respiratorias, del aparato locomotor, quirúrgicas, 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 asociación con otros antibióticos. La fosfomicina se puede utilizar en la meningitis estafilocócica metilín-resistente en asociación con otros antibióticos.

---

Nº REG: 54163

CN: 700561

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

## INDICACIONES

La fosfomicina, por vía intravenosa, está indicada en infecciones complicadas o graves urinarias (pielonefritis, hidronefrosis, abscesos renales y prostatitis), dermatológicas, ginecológicas, respiratorias (broncopatías agudas o crónicas, abscesos pulmonares), del aparato digestivo (colecistitis, abscesos apendiculares, isquiorrectales, peritonitis, etc.), del aparato locomotor (artritis agudas o crónicas supuradas, osteomielitis agudas o crónicas), postquirúrgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por gérmenes sensibles a este antibiótico. Profilaxis quirúrgicas en traumatismos abiertos, cirugía abdominal, cardiovascular, neurocirugía, cirugía en enfermos con alto riesgo (transplantes, inmunodeprimidos). Profilaxis en UCI, hemodiálisis o diálisis peritoneal y en grandes quemados.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68441

CN: 658417

**FOSTIPUR 150UI/ML 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA  
DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).

Nº REG: 68441

CN: 658420

**FOSTIPUR 150UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS  
DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).

Nº REG: 68440

CN: 658414

**FOSTIPUR 75UI 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA  
DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68440

CN: 658416

**FOSTIPUR 75UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).

---

Nº REG: 78205

CN: 700395

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

## INDICACIONES

Prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA).

En los estudios clínicos se utilizó 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

Prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA).

En los estudios clínicos se utilizó ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83124

CN: 721769

GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 16MG 28 CAP DURAS  
LIBERAC PROLONG EFG

## INDICACIONES

Galantamina está indicada para el tratamiento sintomático 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 está indicada para el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83125

CN: 721770

GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 8MG 28 CAP DURAS  
LIBERAC PROLONG EFG

## INDICACIONES

Galantamina está indicada para el tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77290

CN: 697284

GALANTAMINA CINFA 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 77132

CN: 696756

GALANTAMINA COMBIX 16MG 28 CAPS DURAS DE  
LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77131

CN: 696755

GALANTAMINA COMBIX 8MG 28 CAPSUL DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74353

CN: 681850

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

## INDICACIONES

Galantamina Krka está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78443

CN: 701393

GALANTAMINA NORMON 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 78442

CN: 701392

GALANTAMINA NORMON 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONG EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77075

CN: 696594

GALANTAMINA RATIO 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74333

CN: 681735

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

## INDICACIONES

Galantamina está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74332

CN: 681713

GALANTAMINA SANDOZ 8MG 28 CAPS DURAS LIBERACION PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AI) EFG

## INDICACIONES

Galantamina está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77148

CN: 696857

GALANTAMINA STADA 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77151

CN: 696862

GALANTAMINA STADA 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77472

CN: 697878

GALANTAMINA TEVAGEN 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERAC PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 77471

CN: 697877

GALANTAMINA TEVAGEN 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERAC PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 74687

CN: 683866

GALANTAMINA VIATRIS 16MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGAD EFG

## INDICACIONES

Galantamina MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74688

CN: 683885

GALANTAMINA VIATRIS 24MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGAD EFG

## INDICACIONES

Galantamina MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74686

CN: 683845

GALANTAMINA VIATRIS 8MG 28 CAPSULAS DURAS  
LIBERACION PROLONGADA EFG

## INDICACIONES

Galantamina MYLAN está indicado para el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74330

CN: 681671

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

## INDICACIONES

Galnora está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74329

CN: 681651

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

## INDICACIONES

Galnora está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 1221658001

CN: 758351

**GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 6 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCION INYECT EFG**

## INDICACIONES

Ganirelix Gedeon Richter está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA).

En los estudios clínicos se utilizó ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido

Nº REG: 1221658001

CN: 758350

**GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECT EFG**

## INDICACIONES

Ganirelix Gedeon Richter está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA).

En los estudios clínicos se utilizó ganirelix junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 33214

CN: 654435

GENOXAL 50MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

## INDICACIONES

Ciclofosfamida está indicada dentro de un régimen de quimioterapia combinada o como monoterapia en:

- Linfoma de Hodgkin, Linfomas no Hodgkin y Mieloma múltiple.
- Leucemia linfocítica crónica (LLC) y Leucemia linfocítica aguda (LLA).
- Leucemia mieloide crónica y leucemia linfoblástica aguda.
- Sarcoma de Ewing.
- Neuroblastoma avanzado o metastásico.
- Carcinoma de mama y ovárico metastásico.
- Tratamiento adyuvante del carcinoma de mama.
- Carcinoma microcítico de pulmón.
- Como inmunosupresor en trasplantes de órganos y de médula ósea.
- En enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de Wegener y formas progresivas graves del LES (nefritis lúpica).

---

Nº REG: 17783

CN: 700692

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

## INDICACIONES

Glucantime está indicado para el tratamiento de las siguientes infecciones (ver sección 5.1):

- Leishmaniasis visceral (Kala azar)
- Leishmaniasis cutánea (Botón de oriente) y mucocutánea

Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antiparasitarios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001021

CN: 686857

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

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH.

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001036

CN: 727949

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

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH.

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001033

CN: 802314

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

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH.

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001034

CN: 802777

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

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH.

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001035

CN: 802785

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

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

GONAL-f, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH.

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64530

CN: 742247

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

## INDICACIONES

En el hombre:

-Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente

En la mujer:

-Miomos uterinos sintomáticos, cuando está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas individuales previa a la programación de la enucleación del mioma o histerectomía.

-Endometriosis sintomática confirmada por laparoscopia, cuando por su extensión está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica ya que el tratamiento quirúrgico no está indicado como primera medida.

En niños:

Tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años).

---

Nº REG: 86002

CN: 731105

**GONASI KIT 5000UI 1 VIAL POLVO Y 1 JERINGA PREC CON DISOLVENTE PARA SOL INYECT**

## INDICACIONES

En mujeres con anovulación u oligovulación para desencadenar la ovulación y la inducción de la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.

Para un programa de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) como la fecundación in vitro:

desencadenamiento de la maduración folicular final y de la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.

---

Nº REG: 71577

CN: 664152

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

## INDICACIONES

Granisetron comprimidos se utiliza para prevenir las náuseas y vómitos agudos inducidos por el tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia) cuando se administra el día del tratamiento.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66925

CN: 651587

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

## INDICACIONES

Este medicamento es únicamente para uso diagnóstico. La cistoscopia de fluorescencia con luz azul de Hexvix está indicada como complemento a la cistoscopia con luz blanca estándar para contribuir al diagnóstico y manejo del cáncer de vejiga en pacientes con conocida o elevada sospecha de cáncer de vejiga. Ver 5.1.

---

Nº REG: 61834

CN: 664730

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

## INDICACIONES

Vacunación 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 asintomáticos o sintomáticos
- en aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias

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

---

Nº REG: 62628

CN: 675272

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

## INDICACIONES

Anticoncepción. Se ha establecido su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años de edad.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 crónica (GC).

---

Nº REG: 06378001

CN: 659182

INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA

## INDICACIONES

Inovelon está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año o mayores.

---

Nº REG: 06378009

CN: 663238

INOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

## INDICACIONES

Inovelon está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año o mayores.

---

Nº REG: 06378017

CN: 688710

INOVELON 40MG/ML 1 FRASCO DE 460ML SUSPENSION ORAL

## INDICACIONES

Inovelon está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año o mayores.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06378015

CN: 663235

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

## INDICACIONES

Inovelon está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año o mayores.

---

Nº REG: 1151040002

CN: 709247

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

## INDICACIONES

Intuniv está indicado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

Intuniv se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH que generalmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales. //

Financiación restringida como alternativa, cuando los estimulantes del SNC (metilfenidato y anfetamina) y la atomoxetina no son eficaces o están contraindicados.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151040004

CN: 709248

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

## INDICACIONES

Intuniv está indicado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

Intuniv se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH que generalmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales. //

Financiación restringida como alternativa, cuando los estimulantes del SNC (metilfenidato y anfetamina) y la atomoxetina no son eficaces o están contraindicados.

---

Nº REG: 1151040006

CN: 709249

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

## INDICACIONES

Intuniv está indicado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

Intuniv se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH que generalmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales. //

Financiación restringida como alternativa, cuando los estimulantes del SNC (metilfenidato y anfetamina) y la atomoxetina no son eficaces o están contraindicados.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151040008

CN: 709250

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

## INDICACIONES

Intuniv está indicado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces.

Intuniv se debe utilizar como parte de un programa de tratamiento integral del TDAH que generalmente incluye medidas psicológicas, educativas y sociales. //

Financiación restringida como alternativa, cuando los estimulantes del SNC (metilfenidato y anfetamina) y la atomoxetina no son eficaces o están contraindicados.

---

Nº REG: 66121

CN: 758542

**ISDIBEN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con agentes antibacterianos de forma sistémica y cutánea.

---

Nº REG: 66122

CN: 758543

**ISDIBEN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con agentes antibacterianos de forma sistémica y cutánea.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76045

CN: 691233

ISDIBEN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía sistémica y por vía tópica.

---

Nº REG: 67570

CN: 653860

ISOACNE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía sistémica y a terapia tópica.

---

Nº REG: 67571

CN: 653861

ISOACNE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía sistémica y a terapia tópica.

---

Nº REG: 69927

CN: 661191

ISOACNE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (como acné nodular, conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos de tratamiento convencionales con preparados antibacterianos administrados por vía sistémica o terapia tópica.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67464

CN: 653587

ISOACNE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía sistémica y a terapia tópica.

---

Nº REG: 86648

CN: 735818

ISOTIORGA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos por vía sistémica y tópica.

El producto está indicado en adultos, incluyendo adolescentes y personas de edad avanzada.

---

Nº REG: 86649

CN: 735819

ISOTIORGA 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a ciclos adecuados de tratamiento convencional con antibacterianos por vía sistémica y tópica.

El producto está indicado en adultos, incluyendo adolescentes y personas de edad avanzada.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171254008

CN: 728765

**JORVEZA 0,5MG 60 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

Jorveza está indicado para el tratamiento de la esofagitis eosinofílica (EEo) en adultos (mayores de 18 años). //

Se restringe la financiación mediante visado, a:

Tratamiento de la esofagitis eosinofílica EEo en adultos (mayores de 18 años), no respondedores o refractarios a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras, al menos, 8 semanas de tratamiento con los mismos y dieta de eliminación, y (una o ambas de las siguientes condiciones):

a) Fenotipo fibro-estenosante: presencia de estenosis y anillos esofágicos demostrados por endoscopia.

y/o

b) Pacientes con afectación moderada-grave: disfagia intensa y/o malnutrición, y/o impactación esofágica recurrente de alimentos, y/o estenosis esofágica de alto grado, y/o recaída sintomática/histológica rápida después de la terapia inicial, y/o perforación esofágica.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171254003

CN: 720751

**JORVEZA 1MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES**

## INDICACIONES

Jorveza está indicado para el tratamiento de la esofagitis eosinofílica (EEo) en adultos (mayores de 18 años). //

Se restringe la financiación mediante visado, a:

Tratamiento de la esofagitis eosinofílica EEo en adultos (mayores de 18 años), no respondedores o refractarios a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras, al menos, 8 semanas de tratamiento con los mismos y dieta de eliminación, y (una o ambas de las siguientes condiciones):

a) Fenotipo fibro-estenosante: presencia de estenosis y anillos esofágicos demostrados por endoscopia.

y/o

b) Pacientes con afectación moderada-grave: disfagia intensa y/o malnutrición, y/o impactación esofágica recurrente de alimentos, y/o estenosis esofágica de alto grado, y/o recaída sintomática/histológica rápida después de la terapia inicial, y/o perforación esofágica.

---

Nº REG: 58719

CN: 656824

**KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS  
GASTRORRESISTENTES**

## INDICACIONES

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

Nº REG: 58719

CN: 656825

**KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS  
GASTRORRESISTENTES**

## INDICACIONES

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63832

CN: 672971

KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS  
GASTRORRESISTENTES

## INDICACIONES

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

Nº REG: 63832

CN: 672974

KREON 25000 U 50 CAPSULAS DURAS  
GASTRORRESISTENTES

## INDICACIONES

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

Nº REG: 83862

CN: 724969

KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS  
GASTRORRESISTENTES

## INDICACIONES

Tratamiento de sustitución de las enzimas pancreáticas en insuficiencia pancreática exocrina debida a fibrosis quística u otras enfermedades (p.ej., pancreatitis crónica, pancreatectomía o cáncer pancreático)

Nº REG: 77205

CN: 697014

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

## INDICACIONES

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina en niños y adultos.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88975

CN: 763141

**KYNMOBI 10MG + 15MG + 20MG + 25MG + 30MG 10 PELÍCULAS SUBLINGUALES (2X10MG, 2X15 MG, 2X20 MG, 2X15 MG, 2X30 MG)**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

Nº REG: 88976

CN: 763143

**KYNMOBI 10MG 30 PELÍCULAS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

Nº REG: 88977

CN: 763146

**KYNMOBI 15MG 30 PELÍCULAS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

Nº REG: 88978

CN: 763148

**KYNMOBI 20MG 30 PELÍCULAS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88979

CN: 763150

**KYNMOBI 25MG 30 PELÍCULAS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

Nº REG: 88980

CN: 763153

**KYNMOBI 30MG 30 PELÍCULAS SUBLINGUALES**

## INDICACIONES

Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.

---

Nº REG: 60204

CN: 694554

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

## INDICACIONES

Prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos tanto agudos como diferidos, asociados con el tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia)

---

Nº REG: 41468

CN: 693853

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

## INDICACIONES

Actinomicosis, erisipela, infecciones abdominales, infecciones cutáneas y de tejidos blandos, genitourinaria, infecciones óseas, infecciones en quemaduras, otitis media supurada crónica, neumonía, septicemia, sinusitis.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74188

CN: 681027

LIXBEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Donepezilo está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74188

CN: 763092

LIXBEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74187

CN: 763093

LIXBEN 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85011

CN: 728335

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

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 85012

CN: 728336

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

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 00155006

CN: 663666

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

## INDICACIONES

Luveris, asociado a un preparado de hormona foliculoestimulante (FSH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit severo de Hormona Luteinizante (LH) y FSH.

---

Nº REG: 04273001

CN: 760629

**LYSODREN 500MG 100 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático del carcinoma avanzado de la corteza suprarrenal (adrenocortical) (CCS) (inextirpable, metastásico o recidivante).

No se ha determinado el efecto de Lysodren en el carcinoma de la corteza suprarrenal no funcional

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78268

CN: 700784

MANTINEX FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78269

CN: 700785

MANTINEX FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 77580

CN: 698202

MANTINEX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 77581

CN: 698203

MANTINEX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113820013

CN: 698139

MARIXINO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 113820019

CN: 698138

MARIXINO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 69572

CN: 660467

MAYESTA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

---

Nº REG: 69571

CN: 660466

MAYESTA 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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: 77746

CN: 764500

MEMANTINA ALTER 10MG 56 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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78313

CN: 700960

MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78310

CN: 700936

MEMANTINA ARISTO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 87522

CN: 749091

MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 87521

CN: 749090

MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78557

CN: 701783

MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 5MG/PULSN FRASCO  
100ML SOLUC ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 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: 77539

CN: 698134

MEMANTINA CINFA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77540

CN: 698135

MEMANTINA CINFA 20MG 56 COMPRIMIDO  
RECUBIERTO CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78316

CN: 700977

MEMANTINA CINFA 5MG/PULSACION 100ML SOLUCION  
ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 83298

CN: 722429

MEMANTINA FLAS CINFA 10MG112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 83297

CN: 722428

MEMANTINA FLAS CINFA 20MG 56 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 89399

CN: 764434

MEMANTINA FLAS COMBIX 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLE EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 89400

CN: 764435

MEMANTINA FLAS COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLE EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 89160

CN: 763773

MEMANTINA FLAS NORMON 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 89161

CN: 763774

MEMANTINA FLAS NORMON 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78563

CN: 701790

**MEMANTINA FLAS STADAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## [INDICACIONES](#)

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

---

Nº REG: 78554

CN: 701780

**MEMANTINA FLAS STADAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG**

## [INDICACIONES](#)

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

---

Nº REG: 85881

CN: 730723

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

## [INDICACIONES](#)

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

---

Nº REG: 85882

CN: 730724

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

## [INDICACIONES](#)

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77446

CN: 697760

MEMANTINA KERN PHARMA 10MG 112 COMPRIMIDOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 77553

CN: 698158

MEMANTINA KERN PHARMA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

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: 89331

CN: 764277

MEMANTINA KERN PHARMA 5MG + 10MG + 15MG + 20MG 28 COMPRIMIDOS (7X5MG + 7X10MG + 7X15MG + 7X20MG) EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77748

CN: 698665

MEMANTINA MABO 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 77749

CN: 698666

MEMANTINA MABO 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 84431

CN: 726591

MEMANTINA MACLEODS 5MG/PULSACION 1 FRASCO  
100ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 113827018

CN: 698287

MEMANTINA MYLAN 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113827028

CN: 698276

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

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

---

Nº REG: 79493

CN: 705073

**MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

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

Nº REG: 79493

CN: 705074

**MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMP RECUB PEL BLISTER PVDC/PVC/AL) EFG**

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 79494

CN: 705076

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

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79494

CN: 705077

MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMP REC PEL  
(BLISTER PVDC/PVC/ALUM) EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78319

CN: 700984

MEMANTINA PENSA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78320

CN: 700985

MEMANTINA PENSA 20MG 56 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con enfermedad Alzheimer de moderada a grave

---

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.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78352

CN: 701107

MEMANTINA PHARMA COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78464

CN: 701426

MEMANTINA QUALIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78465

CN: 701427

MEMANTINA QUALIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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: 77584

CN: 698206

MEMANTINA STADA GENERICOS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG

## INDICACIONES

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

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

---

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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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: 87520

CN: 749089

MEMANTINA TEVA 10MG 112 COMPRIMIDOS  
BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87501

CN: 748657

MEMANTINA TEVA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 80338

CN: 708310

MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 80339

CN: 708311

MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78362

CN: 701150

MEMANTINA VIATRIS 5MG/PULSACION FRASCO DE 100ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69333

CN: 659966

**MENINGITEC 1 JERINGA PRECARGADA CON AGUJA  
SUSPENSION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Inmunización activa de niños desde los 2 meses de edad, adolescentes y adultos para la prevención de enfermedades invasivas producidas por Neisseria meningitidis del serogrupo C.

El uso de Meningitec deberá determinarse en base a las recomendaciones oficiales.

---

Nº REG: 79867

CN: 706479

**MENJUGATE 10MCG 1 JERINGA PRECARGADA DE  
0,6ML SUSPENSION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Inmunización activa de niños a partir de los 2 meses de edad, adolescentes y adultos, para la prevención de la enfermedad invasora causada por Neisseria meningitidis de grupo C.

El uso de Menjugate debe estar sujeto a las recomendaciones oficiales.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 ovárica hipo o normogonadotrópica: 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.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples (p.ej. fecundación in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.

Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

---

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 ovárica hipo o normogonadotrópica: 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.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples (p.ej. fecundación in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.

Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87964

CN: 758010

**MENOTROPINA FERRING 75UI 10 VIALES POLVO Y 10 AMPOLLAS DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE**

## INDICACIONES

Menotropina Ferring está indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones clínicas:

Anovulación, incluido el síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples para técnicas de reproducción asistida (TRA) (por ejemplo, fecundación in vitro/transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI))

Nº REG: 87964

CN: 758009

**MENOTROPINA FERRING 75UI 5 VIALES POLVO Y 5 AMPOLLAS DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE**

## INDICACIONES

Menotropina Ferring está indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones clínicas:

Anovulación, incluido el síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples para técnicas de reproducción asistida (TRA) (por ejemplo, fecundación in vitro/transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI))

Nº REG: 79761

CN: 706230

**MERIOFERT KIT 150UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

## INDICACIONES

Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) médicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79761

CN: 706232

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

## INDICACIONES

Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) médicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

---

Nº REG: 79762

CN: 706233

**MERIOFERT KIT 75UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

## INDICACIONES

Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) médicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

Nº REG: 79762

CN: 706236

**MERIOFERT KIT 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT**

## INDICACIONES

Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.  
Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) médicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88705

CN: 762359

**MERIOFERT KIT 900UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Inducción de la ovulación: para la inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) médicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).

---

Nº REG: 09591003

CN: 664343

**MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

MULTAQ está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad (ver secciones 4.3 y 4.4), MULTAQ debe prescribirse sólo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. MULTAQ no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09591003IP

CN: 766359

**MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

MULTAQ está indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular (FA) paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad (ver secciones 4.3 y 4.4), MULTAQ debe prescribirse sólo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. MULTAQ no debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.

---

Nº REG: 86174

CN: 731535

**MYRELEZ 120MG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con acromegalia cuando las concentraciones circulantes de la hormona de crecimiento (GH) y/o el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) siguen siendo anómalas después de una intervención quirúrgica y/o una radioterapia o en aquellos pacientes que precisen tratamiento médico.

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.

Tratamiento de los síntomas asociados con los tumores neuroendocrinos (particularmente carcinoides).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86176

CN: 731537

**MYRELEZ 60MG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con acromegalia cuando las concentraciones circulantes de la hormona de crecimiento (GH) y/o el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) siguen siendo anómalas después de una intervención quirúrgica y/o una radioterapia o en aquellos pacientes que precisen tratamiento médico.

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.

Tratamiento de los síntomas asociados con los tumores neuroendocrinos (particularmente carcinoides).

---

Nº REG: 86175

CN: 731536

**MYRELEZ 90MG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE EFG**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con acromegalia cuando las concentraciones circulantes de la hormona de crecimiento (GH) y/o el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) siguen siendo anómalas después de una intervención quirúrgica y/o una radioterapia o en aquellos pacientes que precisen tratamiento médico.

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.

Tratamiento de los síntomas asociados con los tumores neuroendocrinos (particularmente carcinoides).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79079

CN: 703766

NABILA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 83051

CN: 721459

NABILA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL  
EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 79080

CN: 703767

NABILA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON  
PELICULA EFG

## INDICACIONES

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

---

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

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

---

Nº REG: 109525004

CN: 707699

NIMVASTID 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 109525012

CN: 707700

NIMVASTID 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109525018

CN: 707697

**NIMVASTID 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 109525016

CN: 706790

**NIMVASTID 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 109525024

CN: 707701

**NIMVASTID 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG**

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 109525022

CN: 706791

NIMVASTID 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 período

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 afectos de cirrosis.

Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico, como es, la escleroterapia endoscópica.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 período

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 afectos de cirrosis.

Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico,

como es, la escleroterapia endoscópica.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 período

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 afectos de cirrosis.

Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico,

como es, la escleroterapia endoscópica.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

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 específicos 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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84223

CN: 726039

OCTREOTIDA TEVA 20MG 1 VIAL POLVO Y DISOLV  
SUSP INYECT LIB PROLONG EFG

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.

Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.

Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal.

Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia;

en pacientes para los que la cirugía no es adecuada;

en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 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: 76400

CN: 692856

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

## INDICACIONES

Adultos:

Ondansetrón está indicado en el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

Población pediátrica:

Ondansetrón está indicado en el control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) en niños mayor o igual a 6 meses, y para la prevención y tratamiento de NVPO en niños mayor o igual a 1 mes.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76401

CN: 692857

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

## INDICACIONES

Adultos:

Ondansetrón está indicado en el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

Población pediátrica:

Ondansetrón está indicado en el control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) en niños mayor o igual a 6 meses, y para la prevención y tratamiento de NVPO en niños mayor o igual a 1 mes.

---

Nº REG: 70454

CN: 662256

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

## INDICACIONES

Ondansetrón 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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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: 69378

CN: 660082

**ONDANSETRON NORMON 4MG 6 COMPRIMID RECUB PELIC EFG**

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado para el control de las náuseas y de los vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.

Nº REG: 69378

CN: 660083

**ONDANSETRON NORMON 4MG 15 COMPRIMID RECUB PELI EFG**

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado para el control de las náuseas y de los vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69379

CN: 660085

**ONDANSETRON NORMON 8MG 6 COMPRIMID RECUB  
PELIC EFG**

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado para el control de las náuseas y de los vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.

Nº REG: 69379

CN: 660086

**ONDANSETRON NORMON 8MG 15 COMPRIMID RECUB  
PELI EFG**

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado para el control de las náuseas y de los vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. Asimismo, está indicado en la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios.

Nº REG: 79131

CN: 703916

**ONDANSETRON RATIO 4MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Adultos  
Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Población pediátrica Ondansetrón está indicado para el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, así como en la prevención y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79132

CN: 703917

**ONDANSETRON RATIO 8MG 6 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

## INDICACIONES

Adultos

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Población pediátrica Ondansetrón está indicado para el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, así como en la prevención y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

Nº REG: 79132

CN: 703920

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

## INDICACIONES

Adultos

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Población pediátrica Ondansetrón está indicado para el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia (VINC) en niños de = 6 meses, así como en la prevención y el tratamiento de NVPO en niños de = 1 mes.

Nº REG: 66913

CN: 651571

**ONDANSETRON TEVA 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBI  
PELI EFG**

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66913

CN: 651572

ONDANSETRON TEVA 4MG 15 COMPRIM RECUBIER  
PELIC EFG

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

---

Nº REG: 66914

CN: 651573

ONDANSETRON TEVA 8MG 6 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

Nº REG: 66914

CN: 651574

ONDANSETRON TEVA 8MG 15 COMPRIMID RECUB  
PELICU EFG

## INDICACIONES

Ondansetrón está indicado en el tratamiento de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia citotóxica y la radioterapia, así como en la prevención y el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).

---

Nº REG: 68215

CN: 656451

ONDANSETRON VIATRIS 4MG 15 COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Ondansetrón 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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68209

CN: 656438

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

## INDICACIONES

Ondansetrón 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: 00130001

CN: 903955

**ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Orgalutran está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA). En los estudios clínicos se utilizó Orgalutran junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido

Nº REG: 00130002

CN: 903963

**ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 5 JERING PRECAR 0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Orgalutran está indicado para la prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA). En los estudios clínicos se utilizó Orgalutran junto con hormona foliculoestimulante (FSH) humana recombinante o con corifolitropina alfa, un estimulante folicular sostenido

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113871001

CN: 705104

OVALEAP 300UI /0, 5ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS  
SOLUCION INYECTABLE

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

En varones adultos ovaleap está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG)

ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113871002

CN: 705108

**OVALEAP 450UI /0,75ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

En varones adultos ovaleap está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG)

ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113871003

CN: 705109

**OVALEAP 900UI /1,5ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

En mujeres adultas en estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres 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

En varones adultos ovaleap está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG)

En mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

ovaleap, asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/l

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00165008

CN: 677744

**OVITRELLE 250MCG 1 PLUMA PRECARGADA 0,5ML  
SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Ovitrelle está indicado en el tratamiento de mujeres adultas con anovulación u oligovulación: Ovitrelle se administra para desencadenar la ovulación y la luteinización en mujeres con anovulación u oligovulación tras la estimulación del desarrollo folicular.

Ovitrelle está indicado en el tratamiento de mujeres adultas sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida, tales como la fertilización in vitro(FIV): Ovitrelle se administra para desencadenar la maduración folicular final y la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.

---

Nº REG: 84975

CN: 728225

**PARICALCITOL ACCORD 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS  
EFG**

## INDICACIONES

En pacientes adultos y en pacientes pediátricos desde 10 a 16 años de edad en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal crónica estadios 3 y 4.

Este medicamento está indicado en pacientes adultos en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal crónica estadio 5, en pacientes sometidos a hemodiálisis o a diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 80015

CN: 707015

**PARICALCITOL AUROVITAS SPAIN 1MCG 28 CAPSULAS  
BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol Apotex está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78812

CN: 702581

**PARICALCITOL CINFA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol cinfa está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadíos 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), tanto en pacientes sometidos a hemodiálisis como a diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 79099

CN: 703824

**PARICALCITOL NORMON 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol NORMON está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadíos 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 78790

CN: 702426

**PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol STADA está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadíos 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5) tanto en pacientes sometidos a hemodiálisis como a diálisis peritoneal.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76707

CN: 703985

**PARICALCITOL TEVA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol Teva está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 07396001

CN: 659373

**PERGOVERIS 150/75UI 1 VIAL POLVO + 1 VIAL DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

Nº REG: 107396002

CN: 698447

**PERGOVERIS 150 UI/75 UI 3 VIALES POLVO + 3 VIALES DISOLV SOLUC INYECTABLE**

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

Nº REG: 07396003

CN: 659374

**PERGOVERIS 150UI/75UI 10 VIALES POLVO + 10 VIALES DISOLVENTE SOLUC INYEC**

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107396004

CN: 719164

PERGOVERIS (300UI + 150UI)/0,48ML 1 PLUMA PREC  
0,48ML + 5 AGU SOL INYECT

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

---

Nº REG: 107396005

CN: 719165

PERGOVERIS (450UI + 225UI)/0,72ML 1 PLUMA PREC  
0,72ML + 7 AGU SOL INYECT

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

---

Nº REG: 107396006

CN: 719166

PERGOVERIS (900UI + 450UI)/1,44ML 1 PLUMA PREC  
1,44ML + 14 AGU SOL INYECT

## INDICACIONES

Pergoveris está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres adultas con déficit grave de LH y FSH.

---

Nº REG: 84747

CN: 727648

PEZIMAX 2MG/ML 1 FRASCO 150ML SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62418

CN: 741058

**PIROXICAM CINFA 20MG 20 COMPRIMIDOS  
DISPERSABL EFG**

## INDICACIONES

Piroxicam está indicado para el alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Debido a su perfil de seguridad, piroxicam no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo.

La decisión de prescribir Piroxicam debe basarse en una evaluación del riesgo global en cada paciente individual.

---

Nº REG: 84455

CN: 726688

**PLEOPAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG**

## INDICACIONES

Paricalcitol Vir está indicado en pacientes adultos y en pacientes pediátricos desde 10 a 16 años de edad en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4.

Paricalcitol Vir está indicado en pacientes adultos en la prevención y tratamiento de hiperparatiroidismo secundario asociado con enfermedad renal crónica estadio 5, en pacientes sometidos a hemodiálisis o a diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 198092029

CN: 728324

**PROMETAX 13,3MG/24H 60 PARCHES (2 X 30)  
MULTIENVASE PARCHE TRANSD**

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98092021

CN: 728326

PROMETAX 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 98092025

CN: 728327

PROMETAX 9,5MG/24H 60 PARCHES (2 X 30)  
MULTIENVASE PARCHE TRANSD

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77762

CN: 764546

**PROTALON 10MG 56 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 inhalación está indicado para el diagnóstico de la hiper-reactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96008038

CN: 856120

**PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO DE 0,36ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en programas de reproducción asistida [por ejemplo, fecundación in vitro/ transferencia de embriones (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)]

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

---

Nº REG: 96008039

CN: 856153

**PUREGON 600UI/0,72ML 1 CARTUCHO DE 0,72ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en programas de reproducción asistida [por ejemplo, fecundación in vitro/ transferencia de embriones (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)]

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96008041

CN: 650216

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

## INDICACIONES

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico, SOP), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

Puregon está indicado para el tratamiento de la infertilidad femenina en situaciones clínicas de hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en programas de reproducción asistida [por ejemplo, fecundación in vitro/ transferencia de embriones (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI)]

---

Nº REG: 1161150004

CN: 719473

**REKOVELLE 12MCG/0,36ML 1 CARTUCHO 0,36ML + 3 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

## INDICACIONES

Estimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) tales como fecundación in vitro (FIV) o ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

No hay ensayos clínicos con REKOVELLE en protocolo largo con agonistas de GnRH (ver sección 5.1).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1161150005

CN: 719474

**REKOVELLE 36MCG/1,08ML 1 CARTUCHO 1,08ML + 6 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

## INDICACIONES

Estimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) tales como fecundación in vitro (FIV) o ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

No hay ensayos clínicos con REKOVELLE en protocolo largo con agonistas de GnRH (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 1161150006

CN: 719475

**REKOVELLE 72MCG/2,16ML 1 CARTUCHO 2,16ML + 9 AGUJAS SOL INY PLUMA PR**

## INDICACIONES

Estimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) tales como fecundación in vitro (FIV) o ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

No hay ensayos clínicos con REKOVELLE en protocolo largo con agonistas de GnRH (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 66651

CN: 650916

**REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA**

## INDICACIONES

REMINYL está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 31822-12-05-2015

CN: 732582

REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA

## INDICACIONES

REMINYL está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático 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 está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

Nº REG: 66652

CN: 650917

REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA

## INDICACIONES

REMINYL está indicado en el tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63388

CN: 918284

REMINYL 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 66650

CN: 650915

REMINYL 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD

## INDICACIONES

REMINYL está indicado en el tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 83148

CN: 721888

RIVANEX 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83148

CN: 721889

RIVANEX 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático 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 sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 85465

CN: 729803

RIVASTIGMINA ARISTO 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85465

CN: 732622

RIVASTIGMINA ARISTO 13,3MG/24H 60 (2 X30)PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78429

CN: 701349

RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 78429

CN: 732336

RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 78429

CN: 732335

RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78429

CN: 701350

RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 60 (2 X 30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78430

CN: 701354

RIVASTIGMINA ARISTO 9,5MG/24 H 60 (2 X 30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 78430

CN: 732337

RIVASTIGMINA ARISTO 9,5MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 88048

CN: 758176

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88048

CN: 764352

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 13,3MG/24 H 60 SOBRES (2 X 30) PARCHES TRANSDÉRMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

[INDICACIONES](#)

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

Nº REG: 84206

CN: 764518

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDÉRMICOS ( 2 X 30) (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

[INDICACIONES](#)

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

Nº REG: 84206

CN: 764408

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

[INDICACIONES](#)

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84206

CN: 725987

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 (30X2)  
PARCHES TRANSD EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 84207

CN: 764355

RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 9,5MG/24 H 60  
SOBRES (2 X 30) PARCHES TRANSDÉRMICOS  
(PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71816

CN: 664496

RIVASTIGMINA CINFA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 80656

CN: 709987

RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71777

CN: 664462

RIVASTIGMINA COMBIX 2MG/ML FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 76055

CN: 691342

RIVASTIGMINA FARMALIDER 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 72123

CN: 665148

RIVASTIGMINA UMANUS 2MG/ML FRASCO 120ML JERINGA DOSIF SOL ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 79930

CN: 706755

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79930

CN: 762672

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24H 60  
PARCHES TRANSDERMICOS (PAPELPET/ AL/LAS POL  
D) EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 75562

CN: 688236

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 1,5MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 71778

CN: 664463

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 2MG/ML FRASCO 120ML  
SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 75563

CN: 688239

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75563

CN: 688240

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 75566

CN: 688244

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 75566

CN: 688245

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 77244

CN: 697191

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77244

CN: 762697

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS(PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 77244

CN: 762673

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave

---

Nº REG: 75567

CN: 688247

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75567

CN: 688248

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 77243

CN: 697190

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9, 5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave

Nº REG: 77243

CN: 762675

RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9,5MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 82914

CN: 720897

RIVASTIGMINA NORMON 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82914

CN: 764273

RIVASTIGMINA NORMON 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76049

CN: 691325

RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 71913

CN: 664868

RIVASTIGMINA NORMON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76050

CN: 691327

RIVASTIGMINA NORMON 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76050

CN: 691330

RIVASTIGMINA NORMON 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 76051

CN: 691332

RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76051

CN: 691334

RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82915

CN: 720898

RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 82915

CN: 764275

RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 82915

CN: 764274

RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 82915

CN: 720899

RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76052

CN: 691336

RIVASTIGMINA NORMON 6MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76052

CN: 691339

RIVASTIGMINA NORMON 6MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 82916

CN: 720900

RIVASTIGMINA NORMON 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 82916

CN: 764276

RIVASTIGMINA NORMON 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL /LAS POL D) EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71781

CN: 664461

RIVASTIGMINA ORTODROL 2MG/ML FRASCO 120ML C/  
JERINGA DOSIFICADORA SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 79953

CN: 706823

RIVASTIGMINA SANDOZ 13,3MG/24 H 60 (2 X 30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 09599003

CN: 691482

RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS  
EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599002

CN: 691484

RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

Nº REG: 09599001

CN: 691483

RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Tratamiento sintomático 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 sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599007

CN: 691488

RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

Nº REG: 09599006

CN: 691489

RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

---

Nº REG: 09599011

CN: 691551

RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599010

CN: 691549

RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

---

Nº REG: 78601

CN: 701902

RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 78601

CN: 701903

RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599015

CN: 691490

RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

Nº REG: 09599014

CN: 691552

RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

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

---

Nº REG: 78600

CN: 701901

RIVASTIGMINA SANDOZ 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86086

CN: 731340

RIVASTIGMINA STADAFARMA 13,3MG/24 H 60 (2X30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86086

CN: 733357

RIVASTIGMINA STADAFARMA 13,3MG/24 H 60 (2X 30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 76596

CN: 693624

RIVASTIGMINA STADAFARMA 1,5MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76596

CN: 693625

RIVASTIGMINA STADAFARMA 1,5MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

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

Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76597

CN: 693627

RIVASTIGMINA STADAFARMA 3MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76597

CN: 693628

RIVASTIGMINA STADAFARMA 3MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 76598

CN: 693631

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,5MG 56 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76598

CN: 693632

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,5MG 112 CAPSULAS  
DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86084

CN: 731334

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/AL/PAN) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86084

CN: 731335

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDERM (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86084

CN: 731336

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERM (PAPEL/PET/AL/PAN) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86084

CN: 731337

RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76613

CN: 693694

RIVASTIGMINA STADAFARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

Nº REG: 76613

CN: 693695

RIVASTIGMINA STADAFARMA 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 86085

CN: 731339

RIVASTIGMINA STADAFARMA 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG

## INDICACIONES

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

Nº REG: 86085

CN: 731338

RIVASTIGMINA STADAFARMA 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/AL/PAN) EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77355

CN: 697483

**RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

## [INDICACIONES](#)

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

Nº REG: 77355

CN: 763320

**RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5 G/24 H 60 (2X30) SOBRES  
PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL/LAS POL  
D) EFG**

## [INDICACIONES](#)

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

Nº REG: 77308

CN: 697310

**RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG**

## [INDICACIONES](#)

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdérmicos está indicado en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77308

CN: 697311

RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdérmicos está indicado en adultos.

---

Nº REG: 77309

CN: 697312

RIVASTIGMINA TEVA 9,5MG/24 H 60 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Rivastigmina Teva parches transdérmicos está indicado en adultos.

---

Nº REG: 86432

CN: 732397

RIVASTIGMINA TEVAGEN 13.3MG/24 H 60 (2X30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 86431

CN: 732391

RIVASTIGMINA TEVAGEN 4,6MG/24 H 60 (2X30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86431

CN: 732389

RIVASTIGMINA TEVAGEN 4,6MG/24 H 30 PARCHES  
TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 86433

CN: 732402

RIVASTIGMINA TEVAGEN 9,5MG/24 H 60 (2X30)  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78249

CN: 737663

RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H 30 SOBRES  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 78249

CN: 737664

RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H (2X30 SOBRES) 60  
PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78250

CN: 737662

RIVASTIGMINA VIATRIS 9,5MG/24H (2X30 SOBRES) 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 76267

CN: 692389

RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 71779

CN: 664459

RIVASTIGMINA VIR 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.  
Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.

---

Nº REG: 55973

CN: 955526

ROCALTROL 0,25MCG 20 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

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

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 55974

CN: 95534

ROCALTROL 0,5MCG 20 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

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

---

Nº REG: 112766001

CN: 698424

SANCUSO 3,1MG/24H 1 PARCHE TRANSDERMICO

## INDICACIONES

SANCUSO parche transdérmico está indicado en adultos para la prevención de las náuseas y los vómitos asociados a quimioterapia moderada o altamente emetogénica, durante un tiempo previsto de 3 a 5 días consecutivos, cuando la administración de antieméticos orales es complicada debido a factores que dificultan la deglución

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59559

CN: 990499

**SANDOSTATIN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML  
SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION**

## 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 Sandostatin también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el período 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.

- 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 afectos de cirrosis.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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 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.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59561

CN: 772657

**SANDOSTATIN 50MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION**

## 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 Sandostatin también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el período 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.

- 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 afectos de cirrosis.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 emetógeno moderado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos tardíos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplásica de potencial emetógeno 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 emetógeno 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.

---

Nº REG: 73006

CN: 676232

**SETOFILM 8MG 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 emetógeno moderado en adultos.
- La profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos tardíos inducidos por el uso de quimioterapia antineoplásica de potencial emetógeno 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 emetógeno 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.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 112753013

CN: 705272

**SIGNIFOR 20MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugía no es una opción o no ha sido curativa y que no están adecuadamente controlados con el tratamiento con otro análogo de somatostatina. // Se financia únicamente cuando los actuales análogos 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

Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugía no es una opción o no ha sido curativa y que no están adecuadamente controlados con el tratamiento con otro análogo de somatostatina. // Se financia únicamente cuando los actuales análogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia

---

Nº REG: 112753016

CN: 705279

**SIGNIFOR 60MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT**

## INDICACIONES

Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugía no es una opción o no ha sido curativa y que no están adecuadamente controlados con el tratamiento con otro análogo de somatostatina. // Se financia únicamente cuando los actuales análogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171201004

CN: 718536

**SKILARENCE 120MG 180 COMPRIMIDOS**  
**GASTRORRESISTENTES**

## INDICACIONES

Skilarence está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan de un tratamiento con un medicamento sistémico. //

Financiación restringida a pacientes que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no esté recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

Nº REG: 1171201004

CN: 718535

**SKILARENCE 120MG 90 COMPRIMIDOS**  
**GASTRORRESISTENTES**

## INDICACIONES

Skilarence está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan de un tratamiento con un medicamento sistémico. //

Financiación restringida a pacientes que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no esté recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171201001

CN: 718534

**SKILARENCE 30MG 42 COMPRIMIDOS  
GASTRORRESISTENTES**

## INDICACIONES

Skilarence está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan de un tratamiento con un medicamento sistémico. //

Financiación restringida a pacientes que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no esté recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).

---

Nº REG: 75264

CN: 686981

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

## INDICACIONES

DONEBRAIN comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 75260

CN: 686967

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

## INDICACIONES

DONEBRAIN comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---



# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64839

CN: 700643

**SOMATULINA AUTOGEL 120MG 1 JER PRECARGADA  
0,5ML SOLUCION INYECTABLE**

## 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 hasta10%) 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)

---

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 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 hasta10%) 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).(NUEVA INDICACION)

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

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 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 hasta10%) 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).(NUEVA INDICACION)

---

Nº REG: 02240001

CN: 878249

**SOMAVERT 10MG 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.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 02240002

CN: 878322

**SOMAVERT 15MG 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: 02240003

CN: 878355

**SOMAVERT 20MG 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: 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.

---

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

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: 97044003

CN: 666362

**TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

## INDICACIONES

Tasmar está indicado en combinación con levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática sensibles a levodopa y con fluctuaciones motoras, que no responden o son intolerantes a otros inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa COMT.

Debido al riesgo de daño hepático agudo, potencialmente mortal, Tasmar no se debe considerar como un tratamiento de primera línea complementario a levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa . Dado que Tasmar debe utilizarse solamente en combinación con levodopa/benserazida y levodopa/carbidopa, la información sobre la prescripción de estas preparaciones de levodopa es también válida para su administración concomitante con Tasmar //

Si no se observan beneficios clínicos considerables dentro de las 3 semanas posteriores al inicio de tratamiento, se debe interrumpir el tratamiento con Tasmar.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63680

CN: 720672

**TICLOPIDINA CINFA 250MG 50 COMP RECUB EFG**

## INDICACIONES

- Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como accidente isquémico transitorio, déficit neurológico isquémico reversible, ictus menor o infarto cerebral completo, cuando haya intolerancia y/o el ácido acetilsalicílico no sea adecuado.
- Prevención de los accidentes tromboembólicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica ocluyente de los miembros inferiores en estadio de claudicación intermitente.
- Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos: cirugía con circulación extracorpórea y hemodiálisis crónica.
- Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulino-dependientes con retinopatía inicial.
- Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios:
  - en cirugía de derivación aortocoronaria.
  - en angioplastia coronaria transluminal percutánea con colocación de prótesis endovascular(STENT).

---

Nº REG: 70843

CN: 662790

**TOCTINO 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Toctino está indicado en adultos con eczema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen más probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrótico (ver sección 5.1).

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70844

CN: 662792

TOCTINO 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Toctino está indicado en adultos con eczema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen más probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrótico (ver sección 5.1).

---

Nº REG: 59124

CN: 893586

URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan vía intravenosa. Esta especialidad está indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, enfermedades de los órganos internos, enfermedades cutáneas. También la inmunosupresión tras trasplantes y como coadyuvante en los tratamientos con citostáticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la enfermedad de Addison y tras adrenalectomía.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 49386

CN: 656716

**URINORM 100MG 30 COMPRIMIDOS**

## INDICACIONES

Urinorm es un medicamento hepatotóxico y por tanto está indicado únicamente 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 tofácea) 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 trasplante renal

Urinorm es una especialidad de Diagnóstico Hospitalario, por lo que los tratamientos con esta especialidad únicamente deben ser iniciados por médicos especialistas en reumatología o nefrología.

Nº REG: 85651

CN: 730006

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

## INDICACIONES

Administración intravenosa

La vancomicina está 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.
- neumonía adquirida en la comunidad (NAC).
- neumonía intrahospitalaria (NAH), incluyendo la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV).
- endocarditis infecciosa.

La vancomicina también está 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 quirúrgicos mayores.

Administración oral:

La vancomicina está indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile* (ICD).

Se deben tener en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85652

CN: 730007

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

## INDICACIONES

Administración intravenosa

La vancomicina está 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.
- neumonía adquirida en la comunidad (NAC).
- neumonía intrahospitalaria (NAH), incluyendo la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV).
- endocarditis infecciosa.

La vancomicina también está 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 quirúrgicos mayores.

Administración oral:

La vancomicina está indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile* (ICD).

Se deben tener en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos.



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56108

CN: 957449

**VEPESID 100MG 10 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Tratamiento de las siguientes neoplasias:

- tumores testiculares en primera línea de tratamiento, en regímenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirúrgicos y/o radioterápicos adecuados.

- tumores testiculares refractarios: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos de uso clínico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugía, quimioterapia y radioterapia adecuadas.

- carcinoma microcítico de pulmón: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos de uso clínico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etopósido puede ser también eficaz en otros tipos histológicos de carcinoma de pulmón)

- enfermedad de Hodgkin

- linfomas malignos (no hodgkinianos)

- leucemia aguda monocítica y mielomonocítica)

- Cáncer ovárico (NUEVA INDICACIÓN):

Vepesid está indicado en combinación con otros fármacos quimioterapéuticos aprobados para el tratamiento del cáncer ovárico no epitelial en adultos.

Vepesid está indicado para el tratamiento del cáncer ovárico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56488

CN: 962712

**VEPESID 50MG 20 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Tratamiento de las siguientes neoplasias:

- tumores testiculares en primera línea de tratamiento, en regímenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirúrgicos y/o radioterápicos adecuados.
- tumores testiculares refractarios: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos de uso clínico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugía, quimioterapia y radioterapia adecuadas.
- carcinoma microcítico de pulmón: en terapia de combinación con otros agentes quimioterápicos de uso clínico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etopósido puede ser también eficaz en otros tipos histológicos de carcinoma de pulmón)
- enfermedad de Hodgkin
- linfomas malignos (no hodgkinianos)
- leucemia aguda monocítica y mielomonocítica)
- Cáncer ovárico (NUEVA INDICACIÓN)

Vepesid está indicado en combinación con otros fármacos quimioterapéuticos aprobados para el tratamiento del cáncer ovárico no epitelial en adultos.

Vepesid está indicado para el tratamiento del cáncer ovárico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO 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-RARa detectada por PCR. Por lo tanto, la confirmación del diagnóstico genético es obligatoria. El tratamiento combinado con trióxido de arsénico ha mostrado ser una opción de tratamiento efectivo en pacientes de reciente diagnóstico con riesgo bajo-medio de LPA. Sin embargo, como la LPA se caracteriza por un alto riesgo de muerte hemorrágica temprana, las recomendaciones actuales indican que el tratamiento temprano con tretinoína se inicie tan pronto como sea posible ante un caso de sospecha morfológica. Para seleccionar la estrategia de tratamiento debe tenerse en cuenta el riesgo de recaída, indicado mediante recuento pre-terapéutico de glóbulos blancos (RGB) y el recuento de plaquetas (puntuación Sanz) con alto riesgo (RGB > 10x10<sup>9</sup>/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10<sup>9</sup>/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas > 40x10<sup>9</sup>/L).

---

Nº REG: 1213503022014

CN: 760143

**VIRGAN 1,5MG/G 1 TUBO 5G GEL OFTALMICO**

## INDICACIONES

Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.

# RELACIÓN DE HOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 037145012

CN: 764087

VIRGAN 1,5MG/G 1 TUBO 5G GEL OFTÁLMICO

## INDICACIONES

Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.

---

Nº REG: 67075

CN: 652225

VIRGAN 1,5MG/G 1 TUBO 5G GEL OFTALMICO

## INDICACIONES

Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.

---

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 (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 >1000x10<sup>9</sup>/l o
  - Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.
-

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 17946IP

CN: 763626

YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 73394

CN: 679010

YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

Yasnal comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 9933

CN: 732142

YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 9933IP

CN: 763456

YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 10159-2017-05IP

CN: 758026

YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 17945

CN: 759135

YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático 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 está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 74561

CN: 683023

YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

## INDICACIONES

Yasnal está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 9932

CN: 732146

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

## INDICACIONES

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

---

Nº REG: 60404

CN: 690925

**YATROX 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

YATROX (ondansetrón) 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: 60404

CN: 690917

**YATROX 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

YATROX (ondansetrón) 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: 60405

CN: 690909

**YATROX 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

YATROX (ondansetrón) 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).



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60405

CN: 690891

**YATROX 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

YATROX (ondansetrón) 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: 1211606001

CN: 762754

**YSELTY 100MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Yselyt está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad fértil.

//

Se limita su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (mayor o igual a 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o mayor o igual a 160 mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada). Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211606001

CN: 762753

**YSELTY 100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Ysely está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad fértil.

//

Se limita su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (mayor o igual a 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o mayor o igual a 160 mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala

debidamente validada). Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento

---

Nº REG: 1211606002

CN: 762759

**YSELTY 200MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Ysely está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad fértil.

//

Se limita su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (mayor o igual a 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o mayor o igual a 160 mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala

debidamente validada). Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1211606002

CN: 762760

**YSELY 200MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Ysely está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad fértil.

//

Se limita su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (mayor o igual a 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o mayor o igual a 160 mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si ésta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada). Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento

---

Nº REG: 68022

CN: 656002

**ZEMPLAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS**

## INDICACIONES

Zemplar está indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.

---

Nº REG: 62944

CN: 855288

**ZOFRAN ZYDIS 4MG 10 LIOFILIZADOS ORALES**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 62945

CN: 855296

**ZOFRAN ZYDIS 8MG 10 LIOFILIZADOS ORALES**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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: 59069

CN: 692038

**ZOFRAN 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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: 59069

CN: 692020

**ZOFRAN 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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: 59070

CN: 692053

**ZOFRAN 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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).

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 59070

CN: 692046

**ZOFRAN 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS  
PELICULA**

## INDICACIONES

ZOFRAN (ondansetrón) 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).

---

**FIN DEL TIPO DE VISADO**  
**Diagnóstico hospitalario**

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 76981

CN: 696107

ACIDOS OMEGA 3 KERN PHARMA 1.000MG 100 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

---

Nº REG: 79347

CN: 704712

ACIDOS OMEGA 3 STRIDES 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

Nº REG: 79347

CN: 704713

ACIDOS OMEGA 3 STRIDES 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

---

Nº REG: 76326

CN: 692655

ACIDOS OMEGA 3 TARBIS 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 76326

CN: 692659

ACIDOS OMEGA 3 TARBIS 1000MG 100 CAPSULAS  
BLANDAS EFG

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados.

---

Nº REG: 62630

CN: 675256

ACUOLENS 3MG/ML + 5,5MG/ML COLIRIO EN SOLUC 30  
ENVASES UNIDOSIS DE 0,5ML

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 77789

CN: 698749

CARMELOSA QUALIGEN 5MG/ML 30 ENVASES  
UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO SOLUCION

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 78502

CN: 701637

CARMELOSA STADA 5MG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS  
DE 0,4ML COLIRIO SOLUCION

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 5255

CN: 795419

CODEISAN 1,26MG/ML 125ML JARABE

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 1778

CN: 795971

CODEISAN 28,7MG 10 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

Nº REG: 1778

CN: 796052

CODEISAN 28,7MG 20 COMPRIMIDOS

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 60189

CN: 694760

DUPHALAC ORAL 50 SOBRES SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paraplejia



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 60189

CN: 698110

DUPHALAC 10G SOLUCION ORAL EN SOBRE 10 STICKS

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paroplejia

Nº REG: 60189

CN: 698109

DUPHALAC 10G SOLUCION ORAL EN SOBRE 50 STICKS

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paroplejia

Nº REG: 60189

CN: 650316

DUPHALAC 10 SOBRES SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paroplejia

---

Nº REG: 46197

CN: 748582

DUPHALAC 667MG/ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paroplejia

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 46197

CN: 748590

DUPHALAC 667MG/ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 200ML

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

---

Nº REG: 66367

CN: 650196

HIDRATHEA 9MG/ML 1 FRASCO DE 10ML COLIRIO EN SOLUCION

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 24797

CN: 768184

HISTAVERIN 10MG/5ML 100ML JARABE

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 24797

CN: 673090

HISTAVERIN 10MG/5ML JARABE FRASCO CON 250ML

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 69299

CN: 659921

LACTULOSA LAINCO 10G 10 SOBRES SOLUCION ORAL EFG

[INDICACIONES](#)

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

---

Nº REG: 69300

CN: 659922

LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML 1 BOTELLA DE 200 ML SOLUCION ORAL EFG

[INDICACIONES](#)

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

---

Nº REG: 69300

CN: 659923

LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML EFG

[INDICACIONES](#)

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

---

Nº REG: 59469

CN: 653453

LACTULOSA LEVEL 66,75G/100ML 200ML SOLUCION ORAL

[INDICACIONES](#)

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 114962001

CN: 705258

**MOVENTIG 12,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Moventig está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

Para la definición de respuesta inadecuada a los laxantes, ver sección 5.1. //

Se incluye en la prestación solo en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

No se incluye para pacientes con dolor crónico no oncológico.

Nº REG: 114962001

CN: 720858

**MOVENTIG 12,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Moventig está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

Para la definición de respuesta inadecuada a los laxantes, ver sección 5.1. //

Se incluye en la prestación solo en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

No se incluye para pacientes con dolor crónico no oncológico.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 114962005

CN: 705260

**MOVENTIG 25MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Moventig está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

Para la definición de respuesta inadecuada a los laxantes, ver sección 5.1. //

Se incluye en la prestación solo en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

No se incluye para pacientes con dolor crónico no oncológico.

Nº REG: 114962005

CN: 720859

**MOVENTIG 25MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Moventig está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

Para la definición de respuesta inadecuada a los laxantes, ver sección 5.1. //

Se incluye en la prestación solo en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

No se incluye para pacientes con dolor crónico no oncológico.

---

Nº REG: 2630085

CN: 715486

**OCULOTECT 50MG/ML 1 FRASCO 10ML COLIRIO EN SOLUCION**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren.

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

---

Nº REG: 61982

CN: 755215

OCULOTECT 50MG/ML FRASCO 10ML COLIRIO EN SOLUCION

[INDICACIONES](#)

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 2943389

CN: 713327

OCULOTECT 50MG/ML 20 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION

[INDICACIONES](#)

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren.

---

Nº REG: 61983

CN: 755223

OCULOTECT 50MG/ML 20 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION

[INDICACIONES](#)

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 71342

CN: 664167

OFARSIN 2MG/G 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,6G GEL OFTALMICO

[INDICACIONES](#)

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 65476

CN: 873166

OMACOR 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados

Nº REG: 65476

CN: 873141

OMACOR 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS

## INDICACIONES

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados

---

Nº REG: 59691

CN: 794768

OPONAF 10G/SOBRE 50 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

Nº REG: 59691

CN: 794388

OPONAF 10G/SOBRE 20 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 69689

CN: 673141

**PLANTAGO OVATA MADAUS 3,5G 30 SOBRES POLVO EFERVESCENTE**

[INDICACIONES](#)

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

---

Nº REG: 68088

CN: 656187

**PLANTAGO OVATA CINFA 3,5G 15 SOBR POLVO SUSPE ORAL**

[INDICACIONES](#)

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

---

Nº REG: 68088

CN: 656188

**PLANTAGO OVATA CINFA 3,5G 30 SOBR POLVO SUSPE ORAL**

[INDICACIONES](#)

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

---

Nº REG: 73919

CN: 679726

**PLANTAGO OVATA LAINCO 3,5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL**

[INDICACIONES](#)

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

---



# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 24379

CN: 650104

**PROPALCOF 15MG/ML 1 FRASCO DE 20 ML GOTAS ORALES EN SOLUCION**

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 08463001

CN: 672136

**RELISTOR 12MG/0,6ML 1 VIAL 0,6ML SOLUCION INYECTABLE**

## INDICACIONES

Relistor está indicado para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides cuando la respuesta a la terapia laxante no ha resultado suficiente en pacientes adultos de 18 años de edad o mayores // Financiado en pacientes oncológicos

Nº REG: 08463003

CN: 672137

**RELISTOR 12MG/0,6ML 7 VIALES + 7 JERINGAS PRECARGADAS SOL INYECTABLE**

## INDICACIONES

Relistor está indicado para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides cuando la respuesta a la terapia laxante no ha resultado suficiente en pacientes adultos de 18 años de edad o mayores // Financiado en pacientes oncológicos

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 1181291002

CN: 726062

**RIZMOIC 200MCG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA**

## INDICACIONES

Rizmoic está indicado para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos que han recibido previamente tratamiento con un laxante //

Se incluye en la prestación solo en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

No se incluye para pacientes con dolor crónico no oncológico.

---

Nº REG: 62114

CN: 659144

**SICCAFLUID 0,25% 10G GEL OFTALMICO**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 66890

CN: 651516

**SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 30 ENVASES UNIDOSIS 0,5 G**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectados de síndrome de Sjögren

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 66890

CN: 651517

SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 60 ENVASES UNIDOSIS 0,5 G

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 32357

CN: 656685

TOSEINA 2MG/ML 250ML SOLUCION ORAL

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 30982

CN: 805036

TOSIDRIN 10MG/ML 1 FRASCO 15ML GOTAS ORALES EN SOLUCION

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 30982

CN: 893263

TOSIDRIN 10MG/ML 1 FRASCO 30ML GOTAS ORALES EN SOLUCION

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 48422

CN: 652354

TUSCALMAN 15MG 20 SUPOSITARIOS NIÑOS

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 46733

CN: 714436

TUSCALMAN 3MG/ML 150ML JARABE

## INDICACIONES

Pacientes neoplásicos con tos persistente

---

Nº REG: 2805489

CN: 765040

VISCOFRESH 10MG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren.

---

Nº REG: 63926

CN: 818658

VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 56872\_03-08-2011

CN: 722012

**VISCOFRESH 5MG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML  
COLIRIO EN SOLUCION**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

Nº REG: 64260

CN: 876458

**VISCOFRESH 5MG/ML 10 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML  
COLIRIO EN SOLUCION**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

Nº REG: 64260

CN: 876466

**VISCOFRESH 5MG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML  
COLIRIO EN SOLUCION**

## INDICACIONES

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren

---

## FIN DEL TIPO DE VISADO

Financiación restringida para determinadas indicaciones

# RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO (ANTES DE ESPECIAL CONTROL MÉDICO) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56204

CN: 700574

URONEFREX 125MG 50 CAPSULAS

## INDICACIONES

Exclusivamente urolitiasis provocadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (Proteus, Kebsiella, Pseudomonas) especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas.

---

Nº REG: 56203

CN: 700577

URONEFREX 250MG 50 CAPSULAS

## INDICACIONES

Exclusivamente urolitiasis provocadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (Proteus, Kebsiella, Pseudomonas) especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas.

---

FIN DEL TIPO DE VISADO  
(antes Especial control médico)