

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81263

CN: 712755

ABFENTIQ 1200MCG 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: 81264

CN: 712757

ABFENTIQ 1600MCG 3 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: 81264

CN: 712758

ABFENTIQ 1600MCG 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.

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: 81256

CN: 712740

ABFENTIQ 200MCG 3 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: 81257

CN: 712743

ABFENTIQ 400MCG 3 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.

Nº REG: 81257

CN: 712744

ABFENTIQ 400MCG 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.

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: 81258

CN: 712747

ABFENTIQ 600MCG 3 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: 81258

CN: 712748

ABFENTIQ 600MCG 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 81213

CN: 712510

ACARIZAX 90 LIOFILIZADOS ORALES

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: 81213

CN: 712509

ACARIZAX 30 LIOFILIZADOS ORALES

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: 86402

CN: 732206

**ACTAIR 100 IR & 300 IR 31 COMPRIMIDOS
SUBLINGUALES (3 DE 100 IR + 28 DE 150 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150001

CN: 999831

ACTOS 15MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150009

CN: 999832

ACTOS 15MG 56 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150010IP

CN: 728067

ACTOS 30MG 56 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150004

CN: 999833

ACTOS 30MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150004IP

CN: 728068

ACTOS 30MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 00150010

CN: 999834

ACTOS 30MG 56 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada en triple terapia oral en combinación con metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4). Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en doble terapia oral en combinación con metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4)

Pioglitazona está indicada en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

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: 70082

CN: 653189

ARAHORMO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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.

ARAHORMO 5 mg comprimidos recubiertos con película EFG produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76976

CN: 695951

**AVARIC 133MCG 4 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: 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.

Nº REG: 76977

CN: 695960

**AVARIC 267MCG 4 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: 695943

AVARIC 67MCG 4 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: 035895010IP

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 035895010IP

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: 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 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

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

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) // 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 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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06362003

CN: 658304

BYETTA 10MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE 60 DOSIS

INDICACIONES:

Byetta está indicado para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en combinación con:

- metformina
- sulfonilureas
- tiazolidindionas
- metformina y una sulfonilurea
- metformina y una tiazolidindiona

en adultos que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de estos tratamientos orales.

//

Se financia en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30

Byetta está también indicado como tratamiento coadyuvante a insulina basal con o sin metformina y/o pioglitazona en adultos que no hayan alcanzado un adecuado control glucémico con estos medicamentos. //

Se financia en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06362001

CN: 658301

BYETTA 5MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE 60 DOSIS

INDICACIONES:

Byetta está indicado para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en combinación con:

- metformina
- sulfonilureas
- tiazolidindionas
- metformina y una sulfonilurea
- metformina y una tiazolidindiona

en adultos que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de estos tratamientos orales.

//

Se financia en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30

Byetta está también indicado como tratamiento coadyuvante a insulina basal con o sin metformina y/o

pioglitazona en adultos que no hayan alcanzado un adecuado control glucémico con estos medicamentos. //

Se financia en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30

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, 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).

Cholestagel, en combinación con un inhibidor de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-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.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 74021

CN: 680273

**CLOPIDOGREL AMNEAL 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 hasta un máximo de 35 días tras el infarto), un infarto cerebral (desde 7 días hasta un máximo de 6 meses tras el infarto) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes con 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).

- 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 riesgo 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: 74021

CN: 706751

**CLOPIDOGREL AMNEAL 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 hasta un máximo de 35 días tras el infarto), un infarto cerebral (desde 7 días hasta un máximo de 6 meses tras el infarto) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.

Pacientes con 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).

- 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 riesgo 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: 109556003

CN: 699407

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

INDICACIONES:

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.

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 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.

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 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.

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 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 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: 9562001

CN: 723854

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

INDICACIONES:

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.

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 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: 9562001

CN: 723853

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

INDICACIONES:

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.

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 77286

CN: 697278

CLOPIDOGREL MACLEODS 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.

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.

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.

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: 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: 716604

**CLOPIDOGREL STADAGEN 75MG 28 COMP REC PEL
(BLIST OPA/AL/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: 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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 109540011

CN: 724625

CLOPIDOGREL TEVA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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.

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 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).

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 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.

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 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 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: 109540011

CN: 724624

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

INDICACIONES:

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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74243

CN: 681258

**CLOPIDOGREL UR 75MG 28 COMPRIM RECUB PEL
(BLISTER PVC/PE/PVDC-AL) 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: 74243

CN: 681261

**CLOPIDOGREL UR 75MG 50 COMPRIM RECUB PELIC
(BLISTER PA/ALL/PVC-AL) 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: 74243

CN: 681260

CLOPIDOGREL UR 75MG 28 COMPRIM RECUB PELIC (BLISTER PA/ALL/PVC-AL) 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: 74243

CN: 681259

CLOPIDOGREL UR 75MG 50 COMPRIM RECUB PEL (BLISTER PVC/PE/PVDC-AL) 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: 109568012

CN: 731459

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

INDICACIONES:

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.

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).

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 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.

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 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 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.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06354005IP1

CN: 745787

**COMPETACT 15/850MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA**

INDICACIONES:

Competact está indicado como tratamiento de segunda elección de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, especialmente pacientes con sobrepeso, que no alcanzan el control glucémico suficiente con la dosis máxima tolerada de metformina oral en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4).

Nº REG: 06354005

CN: 659384

**COMPETACT 15MG/850MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA**

INDICACIONES:

Competact está indicado como tratamiento de segunda elección de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, especialmente pacientes con sobrepeso, que no alcanzan el control glucémico suficiente con la dosis máxima tolerada de metformina oral en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona (ver sección 4.4).

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 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.

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).

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: 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: 78901

CN: 703003

DOVIDA 30MG 30 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 de segunda línea en mujeres que no son candidatas a una terapia con estrógenos

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 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, que son candidatos a terapia trombolítica

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 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, que son candidatos a terapia trombolítica

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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: 81244

CN: 712671

DUTASTERIDA AUROVITAS SPAIN 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 HBP de moderados a graves.

Nº REG: 81195

CN: 712367

DUTASTERIDA AMNEAL 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 PENZA 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 //

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 //

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 oxycodona 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: 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 infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

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])

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

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])

Nº REG: 08503002

CN: 700620

EFIENT 5MG 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 infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.

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])

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66620

CN: 650840

ELIGARD MENSUAL 7,5MG 1 JERIN PRECARG POLVO Y 1 JERIN PRECARG DISOLVENTE

INDICACIONES:

Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormonodependiente.

Nº REG: 11691002

CN: 654803

ELIQUIS 2,5MG 20 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: 1201438002

CN: 728965

ENERZAIR BREEZHALER 114/46/136MCG 30 X 1 CAPSULAS DURAS (DOSIS UNITARIA) +1 INHAL POLVO PARA INHALACION

INDICACIONES:

Enerzair Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento del asma en pacientes adultos que no están controlados adecuadamente con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y un corticosteroide inhalado a dosis alta, que han experimentado una o más exacerbaciones por asma en el año anterior. //

En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado, al tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un CSI/LABA/LAMA mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201438002

CN: 728966

ENERZAIR BREEZHALER 114/46/136MCG 30 X 1 CAPS DURAS (DOSIS UNITARIA) +1 INHAL + 1 SENSOR POLVO PARA INHALACION

INDICACIONES:

Energair Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento del asma en pacientes adultos que no están controlados adecuadamente con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y un corticosteroide inhalado a dosis alta, que han experimentado una o más exacerbaciones por asma en el año anterior. //

En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado, al tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un CSI/LABA/LAMA mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 12750001

CN: 700644

ESMYA 5MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

El acetato de ulipristal está indicado para el tratamiento intermitente de los síntomas de moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas que no han alcanzado la menopausia cuando la embolización de miomas uterinos y/o las opciones de tratamiento quirúrgico no son adecuadas o han fracasado. //

De acuerdo con la posología la duración del tratamiento queda limitada a periodos de hasta 3 meses de duración cada uno.

Nº REG: 84694

CN: 727488

**FENTANILO ARISTO 100MCG 28 COMPRIMIDOS
BUCALES EFG**

INDICACIONES:

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

Fentanilo 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.

Nº REG: 84695

CN: 727490

**FENTANILO ARISTO 200MCG 28 COMPRIMIDOS
BUCALES EFG**

INDICACIONES:

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

Fentanilo 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84696

CN: 727492

**FENTANILO ARISTO 400MCG 28 COMPRIMIDOS
BUCALES EFG**

INDICACIONES:

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

Fentanilo 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.

Nº REG: 84697

CN: 727494

**FENTANILO ARISTO 600MCG 28 COMPRIMIDOS
BUCALES EFG**

INDICACIONES:

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

Fentanilo 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.

Nº REG: 84698

CN: 727496

**FENTANILO ARISTO 800MCG 28 COMPRIMIDOS
BUCALES EFG**

INDICACIONES:

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

Fentanilo 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 69985

CN: 673110

FINASTERIDA AUROBINDO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG

INDICACIONES:

Finasterida Aurobindo 5 mg 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 Aurobindo sólo debe administrarse a pacientes con crecimiento prostático (volumen de la próstata por encima de 40 ml)

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: 67844

CN: 654479

**FINASTERIDA MABO 5MG 28 COMPRIM RECUB
PELICULA EFG**

INDICACIONES:

Finasterida Mabo 5 mg comprimidos 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 Mabo 5 mg comprimidos produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los síntomas relacionados con la HPB.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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).

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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).

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: 113887004

CN: 705694

**FLUENZ TETRA 10 ENVAS PULVER (VIDRIO) 0,2ML
SUSPENSION PULVERIZ NASAL**

INDICACIONES:

Profilaxis de la gripe en niños y adolescentes a partir de los 24 meses y menores de 18 años.

El uso de Fluenz Tetra debe basarse en recomendaciones oficiales. //
Uso limitado a los pacientes incluidos en las recomendaciones de Vacunacion Antigripal emitidas por las autoridades de Salud Publica en cada temporada epidemica; exceptuando los niños en los cuales la vacuna esté contraindicada según la ficha técnica

Nº REG: 72727

CN: 684559

GELISTROL 50MCG/G 1 TUBO 10G GEL VAGINAL

INDICACIONES:

Se restringe únicamente la financiación a la indicación: Tratamiento local de la sequedad vaginal en mujeres postmenopáusicas con atrofia vaginal severa

causada por: síndrome de Sjögren, radioterapia cáncer cérvix, radioterapia pélvica, tratamiento con quimioterapia y enfermedad autoinmune.

Nº REG: 59344

CN: 909630

**GINECRIN DEPOT 3,75MG 1 VIAL + 1 AMP POLVO Y
DISOLV SUSPENSION INYECTAB**

INDICACIONES:

- tratamiento del mioma uterino (fibroma uterino) durante un periodo de 6 meses. Este tratamiento puede emplearse como medida pre-operatoria y coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres cercanas a la menopausia que no desean la cirugía.

- tratamiento de la endometriosis durante un periodo de 6 meses. Puede emplearse solo o como terapia conjunta con la cirugía.

- tratamiento de la pubertad precoz central, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los ocho años en niñas y de los nueve en niños.

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 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.

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.

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 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 Empagliflozina 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 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 Empagliflozina 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.

Nº REG: 68398

CN: 658358

GRAZAX 75000 SQ-T 30 LIOFILIZADOS ORALES

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68398

CN: 724710

GRAZAX 75000 SQ-T 90 LIOFILIZADOS ORALES

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.

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

Nº REG: 09531006

CN: 654811

**INSTANYL 100MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 // 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: 09531004

CN: 654810

**INSTANYL 100MCG/ DOSIS 1 ENVASE 10 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 oxiconona 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 oxiconona 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: 09531009

CN: 654815

INSTANYL 200MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 // Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

Nº REG: 09531007

CN: 654813

INSTANYL 200MCG/DOSIS 1 ENVASE 10 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 // 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: 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 // Financiación mediante visado para tratamientos instaurados a partir del 1 de julio de 2021.

Nº REG: 09531003

CN: 654818

**INSTANYL 50MCG/DOSIS 1 ENVASE 40 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 // 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: 09531001

CN: 654817

INSTANYL 50MCG/DOSIS 1 ENVASE 10 DOSIS
SOLUCION PULVERIZACION 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 // 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: 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. //

Tratamiento de aquellos pacientes diabeticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucemico.

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. //

Tratamiento de aquellos pacientes diabeticos que con la dosis de 100 mg de canagliflozina no alcanzan el control glucemico.

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 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.

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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: 725855

KAPTIC 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: 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: 84160

CN: 725857

KAPTIC 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: 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: 84161

CN: 725859

KAPTIC 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.

Nº REG: 84162

CN: 725862

KAPTIC 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: 84163

CN: 725863

KAPTIC 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.

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.

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 ≥ 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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 ≥ 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 ≥ 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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: 12811001

CN: 696754

**LYXUMIA 10MCG 1 PLUMA PRECARGADA 14 DOSIS
SOLUCION INYECTABLE**

INDICACIONES:

Lyxumia está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos para alcanzar el control glucémico, en combinación con medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina basal cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado //

Financiación restringida, en el ámbito SNS, consistente en limitar su dispensación mediante visado, a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos, con el objeto de garantizar que su utilización se adecua tanto a la indicación autorizada y restringida para aquellos pacientes con Índice de Masa Corporal mayor que 30 Kg/m².

Nº REG: 12811003

CN: 696752

**LYXUMIA 20MCG 2 PLUMAS PRECARGADAS 14 DOSIS
SOLUCION INYECTABLE**

INDICACIONES:

Lyxumia está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos para alcanzar el control glucémico, en combinación con medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina basal cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado //

Financiación restringida, en el ámbito SNS, consistente en limitar su dispensación mediante visado, a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos, con el objeto de garantizar que su utilización se adecua tanto a la indicación autorizada y restringida para aquellos pacientes con Índice de Masa Corporal mayor que 30 Kg/m².

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 (0.75 mmol/l o 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 Glauemans.

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: 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.

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: 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/m² 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/m² 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: 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/m² 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 //

Financiacion 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 //

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: 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 //

Financiacion 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 //

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: 111722015

CN: 694441

PIOGLITAZONA ACCORD 30MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada como tratamiento de segunda o tercera elección de la diabetes mellitus tipo 2, conforme se describe a continuación: en monoterapia en pacientes adultos (particularmente aquéllos que presentan sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por ser intolerantes o estar contraindicada.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (p. ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina por ser intolerantes o estar contraindicada.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (p. ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83046

CN: 721447

PIOGLITAZONA AUROVITAS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada como tratamiento de segunda o tercera línea de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tal y como se describe a continuación:

En monoterapia:

- en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con:

- metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con:

- metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

- Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83046

CN: 721448

PIOGLITAZONA AUROVITAS 15MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada como tratamiento de segunda o tercera línea de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tal y como se describe a continuación:

En monoterapia:

- en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con:

- metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con:

- metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

- Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83047

CN: 721451

PIOGLITAZONA AUROVITAS 30MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada como tratamiento de segunda o tercera línea de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tal y como se describe a continuación:

En monoterapia:

- en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con:

- metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con:

- metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

- Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83047

CN: 721450

PIOGLITAZONA AUROVITAS 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada como tratamiento de segunda o tercera línea de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tal y como se describe a continuación:

En monoterapia:

- en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con:

- metformina, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- una sulfonilurea, sólo en pacientes adultos que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con:

- metformina y una sulfonilurea, en pacientes adultos (particularmente aquéllos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

- Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia (ver sección 4.4).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76481

CN: 693191

PIOGLITAZONA CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia - En pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con

- Metformina, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- Una sulfonilurea, sólo en pacientes que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con

- Metformina y una sulfonilurea, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

Pioglitazona también está indicado en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76481

CN: 693193

PIOGLITAZONA CINFA 15MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia - En pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con

- Metformina, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- Una sulfonilurea, sólo en pacientes que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con

- Metformina y una sulfonilurea, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

Pioglitazona también está indicado en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76485

CN: 693211

PIOGLITAZONA CINFA 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia - En pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con

- Metformina, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- Una sulfonilurea, sólo en pacientes que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con

- Metformina y una sulfonilurea, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

Pioglitazona también está indicado en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76485

CN: 693212

PIOGLITAZONA CINFA 30MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia - En pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral en combinación con

- Metformina, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.

- Una sulfonilurea, sólo en pacientes que presentan intolerancia a la metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

En triple terapia oral en combinación con

- Metformina y una sulfonilurea, en pacientes (particularmente aquellos con sobrepeso), con un control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.

Pioglitazona también está indicado en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75152

CN: 686567

PIOGLITAZONA NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia:

En pacientes, particularmente aquellos con sobrepeso, en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por

contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral, en combinación con

Las siguientes sulfonilureas: clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida, gliquidona, glisentida y tolbutamida. Sólo en pacientes que presentan intolerancia a la

metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de sulfonilurea en monoterapia.

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75152

CN: 686569

PIOGLITAZONA NORMON 15MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia:

En pacientes, particularmente aquellos con sobrepeso, en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por

contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral, en combinación con

Las siguientes sulfonilureas: clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida, gliquidona, glisentida y tolbutamida. Sólo en pacientes que presentan intolerancia a la

metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de

sulfonilurea en monoterapia.

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75153

CN: 686570

PIOGLITAZONA NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia:

En pacientes, particularmente aquellos con sobrepeso, en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por

contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral, en combinación con

Las siguientes sulfonilureas: clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida, gliquidona, glisentida y tolbutamida. Sólo en pacientes que presentan intolerancia a la

metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de

sulfonilurea en monoterapia.

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75153

CN: 686571

PIOGLITAZONA NORMON 30MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

Pioglitazona está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

En monoterapia:

En pacientes, particularmente aquellos con sobrepeso, en los que no se logra un control adecuado con dieta y ejercicio y que no pueden recibir metformina por

contraindicaciones o intolerancia.

En doble terapia oral, en combinación con

Las siguientes sulfonilureas: clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, glipizida, gliquidona, glisentida y tolbutamida. Sólo en pacientes que presentan intolerancia a la

metformina o en los que la metformina esté contraindicada, y en los que no se logra un control glucémico adecuado independientemente de la dosis máxima tolerada de

sulfonilurea en monoterapia.

Pioglitazona también está indicada en combinación con insulina para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado, y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones o intolerancia.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84806

CN: 727796

**PIOGLITAZONA/METFORMINA ARISTO 15/850MG 56
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento de segunda elección de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, especialmente pacientes con sobrepeso, que no alcanzan el control glucémico suficiente con la dosis máxima tolerada de metformina oral en monoterapia. Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona.

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 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.

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 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).

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 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.

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 presentan un síndrome coronario agudo 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: 98069001

CN: 654542

PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

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.

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 presentan un síndrome coronario agudo 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: 98069001AIP

CN: 665974

PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP

CN: 711550

PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 98069001AIP

CN: 711552

PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

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.

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 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: 08442005

CN: 654799

PRADAXA 110MG 10 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.

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: 08442007

CN: 654801

PRADAXA 110MG 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.

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: 08442006

CN: 654800

PRADAXA 110MG 30 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.

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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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: 84615

CN: 727290

**PRASUGREL TECNIGEN 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: 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: 59830

CN: 748772

PROSCAR 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

indicado 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

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.

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: 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.

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/m² 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: 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/m² 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: 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/m² 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 (≥ 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o ≥ 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.

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 producción de hormonas testiculares.

- en la mujer: tratamiento complementario, en asociación con gonadotropinas para la inducción de la ovulación en un programa de fecundación in vitro.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60079

CN: 696831

SYNAREL 200MCG/PULV 1 FRASCO 8ML SOLUCION PULVERIZACION NASAL

INDICACIONES:

Endometriosis de localización genital y extragenital (del estadio I al IV). Programas de estimulación ovárica controlada, previos a la fertilización ovárica controlada, previos a la fertilización in vitro, bajo la supervisión de un especialista

Nº REG: 09508003

CN: 662990

SYNFLORIX 1JERINGA PRECARGADA + 1 AGUJA SUSPENSION INYECTABLE

INDICACIONES:

Inmunización activa frente a enfermedad invasiva, neumonía y otitis media aguda causada por *Streptococcus pneumoniae* en lactantes y niños a partir de las 6 semanas hasta los 5 años de edad. Ver las secciones 4.4 y 5.1 para información acerca de la protección frente a serotipos neumocócicos específicos.

El empleo de Synflorix se debe determinar de acuerdo con las recomendaciones oficiales, teniendo en cuenta el impacto sobre las enfermedades neumocócicas en los diferentes grupos de edad así como la variabilidad epidemiológica en las diferentes áreas geográficas // En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, su prescripción y uso se restringirá a los niños de 6 semanas a 2 años de edad pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

- Niños inmunocompetentes, con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias, diabetes mellitus o pérdida de líquido cefalorraquídeo
- Niños inmunocomprometidos, con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a asplenia falciforme o trasplante funcional, enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, anemia falciforme o trasplante de órganos.
- Niños con infección por VIH, sintomáticos o asintomáticos
- Aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias

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: 06366018

CN: 663162

TANDEMACT 30/2MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Tandemact está indicado como tratamiento de segunda elección de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que sufren intolerancia a la metformina o en quienes la metformina está contraindicada y que están ya en tratamiento con una combinación de pioglitazona y glimepirida.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06366006

CN: 663163

TANDEMACT 30/4MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Tandemact está indicado como tratamiento de segunda elección de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que sufren intolerancia a la metformina o en quienes la metformina está contraindicada y que están ya en tratamiento con una combinación de pioglitazona y glimepirida.

Una vez iniciado el tratamiento con pioglitazona, se debe controlar a los pacientes entre 3 y 6 meses después para evaluar la respuesta al tratamiento (por ej. reducción en HbA1c). En los pacientes que no muestren una respuesta adecuada, se debe interrumpir el tratamiento con pioglitazona. Considerando los riesgos potenciales del tratamiento prolongado, los médicos deben confirmar en las subsiguientes revisiones rutinarias que se mantiene el beneficio de pioglitazona

Nº REG: 61805

CN: 665273

TAU-KIT 100MG 1 COMPRIMIDO SOLUBLE

INDICACIONES:

diagnostico in vivo de la infeccion gastroduodenal por Helicobacter Pylori

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.

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: 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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171208007

CN: 730420

TRIMBOW 172/5/9MCG 120 DOSIS SOLUCION PARA INHALACION EN ENVASE A PRESION

INDICACIONES:

Tratamiento de mantenimiento del asma en adultos que no están adecuadamente controlados con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y una dosis alta de corticoesteroide inhalado y que han experimentado una o más exacerbaciones asmáticas en el año anterior //

Llimitar su dispensación, mediante visado, al tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un corticoide inhalado, un agonista beta-2 de acción prolongada y un antagonista muscarínico de acción prolongada mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

Nº REG: 114956002

CN: 704633

TRULICITY 0,75MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE

INDICACIONES:

Trulicity está indicado para mejorar el control glucémico pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en combinación con otros medicamentos hipoglucemiantes incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado (ver sección 5.1 para datos disponibles acerca de las diferentes combinaciones). //

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/m² 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 mejorar el control glucémico pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 en combinación con otros medicamentos hipoglucemiantes incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado (ver sección 5.1 para datos disponibles acerca de las diferentes combinaciones). //

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/m² 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: 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 insuficientemente controlada como adyuvante a la dieta y el ejercicio en combinación con 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/m² 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: 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 insuficientemente controlada como adyuvante a la dieta y el ejercicio en combinación con 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/m² 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: 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*.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84487

CN: 726822

ULIPRISTAL ACCORD 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

El acetato de ulipristal 5 mg está indicado para el tratamiento intermitente de los síntomas de moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas que no han alcanzado la menopausia cuando la embolización de miomas uterinos y/o las opciones de tratamiento quirúrgico no son adecuadas o han fracasado. (Nota de seguridad AEMPS 12/4/21)

De acuerdo con la posología la duración del tratamiento queda limitada a periodos de hasta 3 meses de duración cada uno.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 1211561023

CN: 731451

VERQUVO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca 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 cardíaca 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 eurolémicos, 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 eurolémicos, 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: 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 eurolémicos, 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 eurolémicos, 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

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

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.

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/m² 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

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.

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 combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes, en pacientes no suficientemente controlados con metformina y estos medicamentos

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

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

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 combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes, en pacientes nosuficientemente controladoscon metforminay estos medicamentos

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

Vokanamet está indicado en adultos con diabetes mellitus tipo2 como complemento de la dieta y el ejercicio en pacientes no suficientementecontroladoscon las dosis máximas toleradas de metformina en monoterapia

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 cardíaca 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 cardíaca congestiva, hipertensión, edad \geq 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.

Nº REG: 1201440002

CN: 729881

ZIMBUS BREEZHALER 114/46/136MCG 30 CAPSULAS DURAS+1 INHAL+ 1 SENSOR POLVO PARA INHALACION

INDICACIONES:

Zimbus Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento del asma en pacientes adultos que no están controlados adecuadamente con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y un corticosteroide inhalado a dosis alta, que han experimentado una o más exacerbaciones por asma en el año anterior //

En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado, al tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un CSI/LABA/LAMA mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CUPÓN PRECINTO DIFERENCIADO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201440002

CN: 729880

ZIMBUS BREEZHALER 114/46/136MCG 30 CAPSULAS DURAS+1 INHAL POLVO PARA INHALACION

INDICACIONES:

Zimbus Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento del asma en pacientes adultos que no están controlados adecuadamente con una combinación de mantenimiento de un agonista beta2 de acción prolongada y un corticosteroide inhalado a dosis alta, que han experimentado una o más exacerbaciones por asma en el año anterior //

En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado, al tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un CSI/LABA/LAMA mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.

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 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.

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 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 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.

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: 04276034

CN: 652738

ABILIFY 1MG/ML 150ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

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

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

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 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

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 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

Nº REG: 04276007IP3

CN: 727740

ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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

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 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

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

Nº REG: 04276007IP1

CN: 723945

ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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

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 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

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 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

Nº REG: 04276025

CN: 651608

ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES

INDICACIONES:

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

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

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 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

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

Nº REG: 04276012

CN: 728220

ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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

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 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

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

Nº REG: 04276012IP3

CN: 727741

ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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 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

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 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

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 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

Nº REG: 04278012IP1

CN: 724543

ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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 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

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 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

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

Nº REG: 04276028

CN: 651609

ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES

INDICACIONES:

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

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 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

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 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

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

Nº REG: 04276017

CN: 728311

ABILIFY 30MG 28 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

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

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

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 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

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

Nº REG: 04276036

CN: 656168

ABILIFY 7,5MG/ML 1 VIAL 1,3ML SOLUCION INYECTABLE

INDICACIONES:

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

Nº REG: 79771

CN: 706263

ADEXYL 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: 79773

CN: 706265

ADEXYL 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: 81605

CN: 714202

AMISULPRIDA AUROBINDO 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: 81607

CN: 714240

AMISULPRIDA AUROBINDO 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.

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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 79698

CN: 706025

APALUZ 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

APALUZ 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

APALUZ 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: 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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 70524

CN: 653254

ARACALM 100MG 60 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

ARACALM está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Nº REG: 70525

CN: 653247

ARACALM 200MG 60 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

ARACALM está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Nº REG: 70526

CN: 653239

ARACALM 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

ARACALM está indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80187

CN: 707771

ARIPIPRAZOL 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

ARIPIPRAZOL 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: 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.

Nº REG: 79687

CN: 706001

ARIPIPAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79688

CN: 706003

ARIPIPAZOL 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: 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.

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

ARIPIRAZOL 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: 83850

CN: 724867

ARIPIRAZOL 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

ARIPIRAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79950

CN: 706813

ARIPIPRAZOL 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.

Nº REG: 79948

CN: 706810

ARIPIPRAZOL 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

ARIPIPRAZOL 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: 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

ARIPIPAZOL 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

ARIPIPAZOL 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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79375

CN: 704755

ARIPIRAZOL 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).

Nº REG: 80123

CN: 707444

ARIPIRAZOL 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80124

CN: 707460

ARIPIRAZOL 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).

Nº REG: 80125

CN: 707477

ARIPIRAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80195

CN: 707780

ARIPIRAZOL 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).

Nº REG: 80196

CN: 707781

ARIPIRAZOL 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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)

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

Nº REG: 79455

CN: 704967

ARIPIPAZOL LESVI 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: 79454

CN: 704964

ARIPIPAZOL LESVI 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: 79452

CN: 704962

ARIPIPAZOL LESVI 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: 80185

CN: 707769

ARIPIPRAZOL LICONSA 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.

Nº REG: 79776

CN: 706269

ARIPIPRAZOL 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

ARIPIPRAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79775

CN: 706268

ARIPIPRAZOL 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.

Nº REG: 80780

CN: 710433

ARIPIPRAZOL 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 en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. //
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 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: 1151005008

CN: 730924

ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

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

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

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 en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. // 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 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: 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

ARIPIRAZOL 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

ARIPIRAZOL 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

ARIPIRAZOL 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

ARIPIRAZOL 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: 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

ARIPIPAZOL 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: 79780

CN: 706273

ARIPIPAZOL RATIO 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: 79785

CN: 706320

ARIPIPAZOL RATIO 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: 79513

CN: 705120

ARIPIPAZOL 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

ARIPIPAZOL 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.

Nº REG: 79512

CN: 705118

ARIPIPAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029018

CN: 723456

ARIPIPRAZOL 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 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 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

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 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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029051

CN: 723553

ARIPIPRAZOL 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 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 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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1151029004

CN: 723457

ARIPIPAZOL 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 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 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

Nº REG: 80492

CN: 709239

ARIPIPAZOL 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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79764

CN: 706240

ARIPIPRAZOL 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.

Nº REG: 79766

CN: 706244

ARIPIPRAZOL 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: 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 80787

CN: 710469

ARIPIPRAZOL 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79919

CN: 706660

ARIPIPAZOL 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

ARIPIPAZOL 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

ARIPIPAZOL 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.

Nº REG: 79692

CN: 706007

ARIPIPAZOL TEVA10MG 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: 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.

Nº REG: 79779

CN: 706272

ARIPIPAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80166

CN: 707706

**ARIPIPAZOL VIR 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: 80442

CN: 708955

ARIPIPAZOL 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: 80165

CN: 707677

**ARIPIPAZOL VIR 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: 80443

CN: 708956

ARIPIPAZOL 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80441

CN: 708954

ARIPIPAZOL 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.

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

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.

Nº REG: 86805

CN: 734108

ATILDON 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 86806

CN: 734109

ATILDON 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 86807

CN: 734110

ATILDON 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 86808

CN: 734111

ATILDON 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 80220

CN: 707824

ATILDON FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Atildon Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Atildon Flas 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.

Atildon Flas 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 mayores.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80221

CN: 707827

ATILDON FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Atildon Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Atildon Flas 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.

Atildon Flas 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 mayores.

Nº REG: 80222

CN: 707831

ATILDON FLAS 30MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Atildon Flas está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.

Atildon Flas 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.

Atildon Flas 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 mayores.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 81048

CN: 711572

ATROLAK PROLONG 150MG 60 COMPR LIBERAC PROL (BLI PVC/PVDC-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).

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: 74755

CN: 684590

**ATROLAK PROLONG 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).

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:

Paliperidona Janssen-Cilag International 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1201453007

CN: 732561

**BYANNLI 700MG 1 JERINGA PREC+1 AGUJA SUSP
INyec LIBERAC PROLONG**

INDICACIONES:

Paliperidona Janssen-Cilag International 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 68008

CN: 655973

**CALMAPRIDE 1MG 20 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 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: 68008

CN: 655974

**CALMAPRIDE 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 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: 68007

CN: 655971

**CALMAPRIDE 3MG 20 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 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: 68007

CN: 655972

**CALMAPRIDE 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 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: 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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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: 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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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.

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: 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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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: 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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

Nº REG: 73684

CN: 673792

OLANZAPINA FLAS ARISTO 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: 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: 76553

CN: 693434

**OLANZAPINA FLAS MYLAN 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).

Nº REG: 76553

CN: 693437

**OLANZAPINA FLAS MYLAN 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76554

CN: 693438

**OLANZAPINA FLAS MYLAN 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).

Nº REG: 76552

CN: 693431

**OLANZAPINA FLAS MYLAN 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).

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: 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 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: 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 08475007

CN: 663619

**OLANZAPINA MYLAN 5MG 28 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG**

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 PENZA 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 PENZA 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 PENZA 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 PENZA 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: 73459

CN: 673192

**OLANZAPINA 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 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 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: 73481

CN: 673195

**OLANZAPINA 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 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 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: 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: 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 73478

CN: 673206

**OLANZAPINA TEVAGEN 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 TEVAGEN 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: 73455

CN: 673203

OLANZAPINA TEVAGEN 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: 73455

CN: 673204

**OLANZAPINA TEVAGEN 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: 73458

CN: 673199

**OLANZAPINA TEVAGEN 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: 73482

CN: 673205

OLANZAPINA TEVAGEN 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: 73457

CN: 673200

OLANZAPINA TEVAGEN 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: 73456

CN: 673201

**OLANZAPINA TEVAGEN 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: 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maniaco //
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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maniaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 la prevención de las recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con olanzapina durante el episodio maniaco //
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 el tratamiento del episodio maniaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 109597002

CN: 720654

OLAZAX 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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: 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 109592003

CN: 720659

**OLAZAX DISPERZI 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 109592001

CN: 712876

OLAZAX DISPERZI 5MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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 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: 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.

Nº REG: 86055

CN: 731261

**PALIPERIDONA TEVA 75MG 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: 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.

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 70187

CN: 661724

PSICOTRIC 100MG 60 COMP REC PEL 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

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: 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.).

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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).

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: 74444

CN: 682329

**QUETIAPINA ARISTO 100MG 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: 74446

CN: 682359

**QUETIAPINA ARISTO 200MG 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.

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: 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: 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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

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).

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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).

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).

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: 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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.
-

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: 76953

CN: 695790

**QUETIAPINA KERN PHARMA 200MG 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: 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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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: 76954

CN: 695792

**QUETIAPINA KERN PHARMA 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: 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

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).

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).

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 73829

CN: 679406

**QUETIAPINA PENSA 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85764

CN: 730360

QUETIAPINA PENSA 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).torno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

Nº REG: 73835

CN: 679417

QUETIAPINA PENSA 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85765

CN: 730361

QUETIAPINA PENSA 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).torno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina.

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).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: 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).

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).

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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.

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).

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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 70181

CN: 672607

QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 100MG 60 COM REC PEL BLIST 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 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.).

Nº REG: 70198

CN: 661762

**QUETIAPINA STADA 100MG 60 COM RE P 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: 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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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 CORE 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: 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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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/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: 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 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

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: 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.

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).

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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: 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).

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.
-

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: 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 Quetiapinan.

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: 84797

CN: 727782

**REVELZINE FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG**

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 84798

CN: 727783

**REVELZINE FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG**

INDICACIONES:

EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS PARA LAS INDICACIONES RECOGIDAS EN SU FICHA TÉCNICA:

Este medicamento 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 presentaron 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: 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

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

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: 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)

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: 69553

CN: 660432

**RISPERIDONA MYLAN 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: 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: 68936

CN: 659272

RISPERIDONA ARISTO 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 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: 68936

CN: 659273

**RISPERIDONA ARISTO 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 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: 67169

CN: 652567

**RISPERIDONA ARISTO 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67169

CN: 652566

**RISPERIDONA ARISTO 3MG 20 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67170

CN: 652568

**RISPERIDONA ARISTO 6MG 30 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 67170

CN: 652569

**RISPERIDONA ARISTO 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 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.

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 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: 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

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: 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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

(tales como agresividad, hiperactividad y 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 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: 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 educativa. 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 educativa. 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 educativa. 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: 71472

CN: 667248

**RISPERIDONA MYLAN PHARMACEUTICALS 0,5MG 28
COMPR RECU 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 0,5MG 56
COMPRIM RECUB PELIC 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 1MG 60
COMPR RECUB 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: 71474

CN: 667266

**RISPERIDONA MYLAN PHARMACEUTICALS 2MG 60
COMPRIMIDOS RECUB PEL 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 3MG 60
COMPR RECUB 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 4MG 56
COMPRIM RECUB PELICU 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 4MG 28
COMPRIMIDOS RECUB PEL 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 MYLAN PHARMACEUTICALS 6MG 60
COMPRIM RECUB PELIC 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: 70811

CN: 694930

**RISPERIDONA MYLAN PHARMACEUTICALS 6MG 30
COMPRIMID RECUB PELIC 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: 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 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: 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 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: 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 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: 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: 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

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

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, 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

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: 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: 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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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.

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).

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).

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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)
-

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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: 34009348748

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.

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: 34009348748

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 5267-

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.

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: 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

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

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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 adultosclínicamente estables con la formulación inyectable mensual de palmitato de paliperidona //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 palmitato 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 palmitato 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: 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 //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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)

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)

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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)

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

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)

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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).

Nº REG: 75399

CN: 687586

ZIPRASIDONA MYLAN 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 MYLAN 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 MYLAN 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 MYLAN 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: 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).

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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: 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: 96022010IP

CN: 758483

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 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.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 96022009IP

CN: 758482

ZYPREXA 10MG 28 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 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.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

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

Nº REG: 96022002

CN: 877001

ZYPREXA 2,5 MG 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 96022004IP3

CN: 758203

ZYPREXA 5MG 28 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 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.

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96022004

CN: 674622

ZYPREXA 5 MG 28 COMPRIMOS 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 96022006

CN: 674606

ZYPREXA 7.5 MG 56 COMPRIMIDOS

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años.

Nº REG: 99125006IP

CN: 758484

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 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 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.

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 99125006

CN: 651649

**ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

Con visado en pacientes mayores de 75 años

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //

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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

Nº REG: 99125001IP

CN: 706246

**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 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

La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maníaco de moderado a grave //
Con visado en pacientes mayores de 75 años

DE MEDICAMENTOS CON VISADO MAYORES DE 75 AÑOS (CPD-E) CON SUS INDICACIONES

FIN DEL TIPO DE VISADO
CPD-E edad colectivos

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79535

CN: 705265

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

INDICACIONES:

En combinación con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogénico.

Nº REG: 79536

CN: 705266

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

INDICACIONES:

En combinación con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogénico.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74726

CN: 684169

ACITRETINA IFC 25MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Formas graves y generalizadas de psoriasis refractarias;
Psoriasis pustulosa de las manos y pies;
Ictiosis 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: 65413

CN: 653728

ACNEMIN 10MG 50 CAPSULAS

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: 65414

CN: 653732

ACNEMIN 20MG 50 CAPSULAS

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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71673

CN: 667221

ADOPORT 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 71674

CN: 667231

ADOPORT 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 71674

CN: 667233

ADOPORT 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 79456

CN: 704971

ADOPORT 2MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos. Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 71675

CN: 667242

ADOPORT 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.
Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 07387014

CN: 658953

ADVAGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERA PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 07387017

CN: 658954

ADVAGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACI PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 07387019

CN: 658956

ADVAGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 07387021

CN: 662915

ADVAGRAF 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 07387024

CN: 658957

ADVAGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 85558

CN: 729745

ALZERTA 13,3MG/24 H 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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86148

CN: 731487

**ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 16 PARCHES
TRANSDERMICOS**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 86148

CN: 731486

**ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24H 8 PARCHES
TRANSDERMICOS**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 86149

CN: 731488

**ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5MG/24 H 16 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: 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: 85843

CN: 730576

ANAGRELIDA ACCORDPHARMA 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 $>1000 \times 10^9/l$ o antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 82766

CN: 720347

ANAGRELIDA ARISTO 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: 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 $>1000 \times 10^9$ (elevado a 9) / l ó
 - antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.
-

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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
-

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 x 10 elevado a 9/l o
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 99118003

CN: 848093

ARAVA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.
Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.
El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.
Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP2

CN: 711687

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP5

CN: 732132

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP3

CN: 725664

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007

CN: 848135

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP4

CN: 727743

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007

CN: 727479

ARAVA 20MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP

CN: 706451

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 99118007IP1

CN: 709726

ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75519-20-11-

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-

CN: 728192

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-

CN: 720953

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: 61869

CN: 664078

ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer en sus formas de leves a moderadas.

Nº REG: 76110-4-12-

CN: 720954

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES

INDICACIONES:

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-

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: 76110-4-12-

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: 34009373064

CN: 730626

ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 68213

CN: 656444

ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES

INDICACIONES:

ARICEPT FLAS comprimidos bucodispersables está indicado para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909008

CN: 706521

**BEMFOLA 150UI/0,25ML 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909011

CN: 703478

**BEMFOLA 225UI/0,375ML 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909010

CN: 706522

BEMFOLA 225UI/0,375ML 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909004

CN: 702716

**BEMFOLA 300UI/0,50ML 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909013

CN: 703479

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

INDICACIONES:

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para 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 está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

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

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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909005

CN: 702735

**BEMFOLA 450UI/0,75ML 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

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).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909001

CN: 702736

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

INDICACIONES:

Anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para 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 está indicada para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido, administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (hCG).

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113909007

CN: 703476

BEMFOLA 75UI/0,125ML 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

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).

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

Nº REG: 84793

CN: 727759

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84792

CN: 727756

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 84792

CN: 728394

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 85791

CN: 730431

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 2/0,5MG 7
COMPR SUBLINGUALES EFG**

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85792

CN: 730434

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 8/2MG 28
COMPR SUBLINGUALES EFG**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 85792

CN: 730433

**BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 8/2MG 7
COMPR SUBLINGUALES EFG**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 60911

CN: 682245

CAVERJECT 10MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA

INDICACIONES:

Tratamiento de la disfunción eréctil.

Nº REG: 60535

CN: 688978

CAVERJECT 20MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA

INDICACIONES:

Tratamiento de la disfunción eréctil.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75148

CN: 686556

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

INDICACIONES:

Adultos y adolescentes

Infecciones causadas por 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 57720

CN: 714915

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

INDICACIONES:

Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63814

CN: 880062

CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10ML EFG

INDICACIONES:

En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por 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: 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 83901

CN: 725041

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

INDICACIONES:

Tratamiento de las infecciones que se enumeran a 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: 83904

CN: 725045

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

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, cardiacos 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: 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.

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.
-

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: 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, cardiacos y artríticos de borreliosis de Lyme.
-

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96005006

CN: 771022

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

INDICACIONES:

CellCept 1 g/5 ml polvo para suspensión oral, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 96005001

CN: 679381

CELLCEPT 250MG 100 CAPSULAS

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 96005002IP

CN: 725107

CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96005002IP3

CN: 749367

CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 96005002IP2

CN: 739026

CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 96005002

CN: 679373

CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 96005002IP1

CN: 728915

CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

Cellcept, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 81580

CN: 714114

CEPTAVA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG

INDICACIONES:

Ácido micofenólico está indicado en combinación con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal allogénico.

Nº REG: 81581

CN: 714122

CEPTAVA 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG

INDICACIONES:

Ácido micofenólico está indicado en combinación con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal allogénico.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66009

CN: 700531

CERTICAN 0,1MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66001

CN: 700525

CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66002

CN: 700527

CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66006

CN: 700528

CERTICAN 0,5MG 60 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66007

CN: 700529

CERTICAN 0,75MG 60 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

Nº REG: 66008

CN: 700530

CERTICAN 1MG 60 COMPRIMIDOS

INDICACIONES:

-Trasplante renal y cardíaco:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. En estas indicaciones, Certican debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.

-Trasplante hepático:

Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático. En esta indicación, Certican debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. (NUEVA INDICACION)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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)

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)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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)

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)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78988

CN: 703398

CILOSTAZOL MYLAN 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 PENZA 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78331

CN: 701002

CIQORIN 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG

INDICACIONES:

Trasplante:

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazónpulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea:

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH)

Otras indicaciones

Síndrome nefrótico:

Indicado en adultos y niños en el síndrome nefrótico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronóstico adverso) en glomerulonefritis de cambios mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada manteniendo la remisión inducida por esteroides permitiendo la suspensión de esteroides.

Artritis reumatoide:

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

Psoriasis:

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

Dermatitis atópica:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78332

CN: 701004

CIQORIN 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG

INDICACIONES:

Trasplante:

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazónpulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea:

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH)

Otras indicaciones

Síndrome nefrótico:

Indicado en adultos y niños en el síndrome nefrótico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronóstico adverso) en glomerulonefritis de cambios mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada manteniendo la remisión inducida por esteroides permitiendo la suspensión de esteroides.

Artritis reumatoide:

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

Psoriasis:

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

Dermatitis atópica:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78333

CN: 701005

CIQORIN 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG

INDICACIONES:

Trasplante:

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazónpulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea:

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea y profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH)

Otras indicaciones

Síndrome nefrótico:

Indicado en adultos y niños en el síndrome nefrótico dependiente de esteroides o resistentes a los mismos (asociado con características de pronóstico adverso) en glomerulonefritis de cambios mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa. Ciclosporina puede ser administrada manteniendo la remisión inducida por esteroides permitiendo la suspensión de esteroides.

Artritis reumatoide:

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

Psoriasis:

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

Dermatitis atópica:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63667

CN: 701441

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

INDICACIONES:

En las siguientes infecciones graves causadas por 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 63669

CN: 701607

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

INDICACIONES:

En las siguientes infecciones graves causadas por 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84607

CN: 727273

CONFEROPT 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONG EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 84629

CN: 727325

CONFEROPT 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 84629

CN: 727324

CONFEROPT 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 84630

CN: 727326

CONFEROPT 2MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84631

CN: 727327

CONFEROPT 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 84632

CN: 727328

CONFEROPT 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 79174

CN: 704154

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

INDICACIONES:

Tratamiento de fluctuaciones motoras (fenómenos onoff) 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 está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (≥ 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 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 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

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.

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.

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 está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (≥ 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 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 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

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.

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.

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 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: 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 (≥ 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 (≥ 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 (≥ 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 (≥ 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 (≥ 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 (≥ 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 71572

CN: 664105

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

INDICACIONES:

Donezepilo 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:

Donezepilo Almus está indicado en el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 74174

CN: 680981

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

INDICACIONES:

Tratamiento 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.

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(BLISTERPVC/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 PENZA 5MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVDC/PVC) EFG

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 76298

CN: 692450

DONEPEZILO PENZA PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

Donepezilo Pensa Pharma está indicado para el tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer de leve a moderadamente grave.

Nº REG: 75330

CN: 687180

DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

Donepezilo Qualigen está indicado para el 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75327

CN: 687155

DONEPEZILO QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

Nº REG: 75101

CN: 686191

**DONEPEZILO TEVA 10MG 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: 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: 75100

CN: 686180

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

INDICACIONES:

Donepezilo 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 84320

CN: 726296

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

INDICACIONES:

Dronedaronona 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, dronedaronona debe prescribirse sólo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas.
No debe administrarse dronedaronona a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardíaca.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 84479

CN: 726786

DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG

INDICACIONES:

Dronedaron 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, dronedaron debe prescribirse sólo después de que se hayan considerado otras opciones alternativas de tratamiento.

Dronedaron 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:

Dronedaron 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, dronedaron solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas.

Dronedaron 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: 725345

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

INDICACIONES:

Dronedaron 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, dronedaron solo debe prescribirse después de que se hayan considerado opciones de tratamiento alternativas.

Dronedaron 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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09609001

CN: 665772

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

INDICACIONES:

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 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1191411

CN: 727950

EVENTITY 105MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 1,17ML SOLUCION INYECTABLE

INDICACIONES:

EVENTITY 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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 está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (≥ 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 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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 106356011

CN: 711248

EXJADE 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA

INDICACIONES:

EXJADE está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (≥ 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 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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114935001

CN: 706166

ENVARUSUS 0,75MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepáticos.

Nº REG: 114935004

CN: 706169

ENVARUSUS 1MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepáticos.

Nº REG: 114935005

CN: 706170

ENVARUSUS 1MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 114935007

CN: 706171

ENVARUS 4MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistentes al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Profilaxis del rechazo del trasplante en pacientes adultos receptores de aloinjertos renales o hepáticos.

Nº REG: 55382

CN: 946202

FELDENE 10MG 30 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.

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: 58085

CN: 983866

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

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: 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.

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 50882

CN: 700562

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

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 meticilín-resistente en asociación con otros antibióticos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 54163

CN: 700561

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

INDICACIONES:

La fosfomicina, por 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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74353

CN: 681850

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

INDICACIONES:

Galantamina Krka 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.

Nº REG: 74687

CN: 683866

GALANTAMINA MYLAN 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.

Nº REG: 74688

CN: 683885

GALANTAMINA MYLAN 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74686

CN: 683845

GALANTAMINA MYLAN 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 77074

CN: 696593

GALANTAMINA RATIO 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: 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.

Nº REG: 74332

CN: 681713

GALANTAMINA SANDOZ 8MG 28 CAPS DURAS LIBER
PROL (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 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: 77151

CN: 696862

GALANTAMINA STADA 24MG 28 CAPSULAS DURAS
LIBERACION PROLONG 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

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.

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: 59109

CN: 856039

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

INDICACIONES:

GHRH se utiliza para determinar la función somatotrópica de la hipófisis anterior en casos de

sospecha de deficiencia de hormona de crecimiento.

No obstante, no debe utilizarse de forma rutinaria como análisis diagnóstico de los déficits de hormona de crecimiento.

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 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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001036

CN: 727949

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

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001033

CN: 802314

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

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001034

CN: 802777

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

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001025

CN: 926683

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

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001027

CN: 837013

**GONAL-F 75UI (5,5MCG) 10 VIALES POLVO+10 JER
PREC DISOLV SOLUC INYECTAB**

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 95001035

CN: 802785

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

INDICACIONES:

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)

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 mujeres adultas en anovulación (incluyendo el síndrome del ovario poliquístico) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno

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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 66121

CN: 880674

ISDIBEN 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: 66122

CN: 880724

ISDIBEN 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 86648

CN: 735818

**ISOTRETINOINA BAILLEUL 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

**ISOTRETINOINA BAILLEUL 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.

Nº REG: 82566

CN: 719640

**ISOTRETINOINA SUN 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 estándar con antibacterianos sistémicos y tratamiento por vía tópica.

Nº REG: 82567

CN: 719642

**ISOTRETINOINA SUN 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 estándar con antibacterianos sistémicos y tratamiento por vía tópica.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 58719

CN: 656824

KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES

INDICACIONES:

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 58719

CN: 656825

KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS
GASTRORRESISTENTES

INDICACIONES:

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.

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, pancreatometomía o cáncer pancreático)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77205

CN: 697014

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

INDICACIONES:

Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina en niños y adultos.

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: 74184

CN: 681017

LEFLUARTIL 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado , puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74186

CN: 681019

LEFLUARTIL 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 87994

CN: 758068

LEFLUNOMIDA AUROVITAS 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),

- artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 87995

CN: 758069

LEFLUNOMIDA AUROVITAS 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:
- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),
- artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 80684

CN: 710150

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

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:
-artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),
-artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80685

CN: 710151

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

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:
-artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),
-artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 10637001

CN: 665939

LEFLUNOMIDA MEDAC 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMES hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10637006

CN: 665941

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

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 74343

CN: 681777

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

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME).

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74344

CN: 681778

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

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME).

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 10654001

CN: 685616

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

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 10654003

CN: 685617

LEFLUNOMIDA RATIOPHARM 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa como un "fármaco antirreumático modificador de la enfermedad" (FARME)

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 77010

CN: 696059

LEFLUNOMIDA STADA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por

tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77011

CN: 696060

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

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME),

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 85070

CN: 728479

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

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85070

CN: 728478

LEFLUNOMIDA TILLOMED 10MG 30 COMPRIMIDOS (FRASCO) EFG

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 85071

CN: 728480

LEFLUNOMIDA TILLOMED 20MG 30 COMPRIMIDOS (FRASCO) EFG

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 85071

CN: 728481

LEFLUNOMIDA TILLOMED 20MG 30 COMPRIMIDOS (BLISTER) EFG

INDICACIONES:

Leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con: -artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME), -artritis psoriásica activa.

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado (ver sección 4.4), puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

Nº REG: 75392

CN: 687505

LEFLUNOMIDA VIATRIS 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA (AL/AL) EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME).

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede también incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75393

CN: 687508

LEFLUNOMIDA VIATRIS 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA (AL/AL) EFG

INDICACIONES:

La leflunomida está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con:

- artritis reumatoide activa como un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME).

El tratamiento reciente o concomitante con FARMEs hepatotóxicos o hematotóxicos (por ejemplo, metotrexato) puede producir un aumento del riesgo de aparición de reacciones adversas graves; por tanto, en estos casos, el inicio del tratamiento con leflunomida debe considerarse en función del balance beneficio/riesgo.

Más aún, el sustituir la leflunomida por otro FARME sin realizar el procedimiento de lavado, puede también incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas graves incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.

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, pneumonía, septicemia, sinusitis.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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.

Nº REG: 78268

CN: 700784

MANTINEX FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77747

CN: 698664

MEMANTINA ALTER 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78312

CN: 700956

MEMANTINA ARISTO 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78313

CN: 700960

MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL
EFG

INDICACIONES:

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78511

CN: 701650

MEMANTINA AUROVITAS 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78510

CN: 701648

MEMANTINA AUROVITAS 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78557

CN: 701783

MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 5MG/PULSN FRASCO
100ML SOLUC ORAL EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77539

CN: 698134

MEMANTINA CINFA 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

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: 78563

CN: 701790

MEMANTINA FLAS STADAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78554

CN: 701780

MEMANTINA FLAS STADAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77446

CN: 697760

MEMANTINA KERN PHARMA 10MG 112 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77553

CN: 698158

MEMANTINA KERN PHARMA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 77445

CN: 697758

MEMANTINA KERN PHARMA 20MG 56 COMPRIMIDOS EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77748

CN: 698665

MEMANTINA MABO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77749

CN: 698666

MEMANTINA MABO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 84431

CN: 726591

MEMANTINA MACLEODS 5MG/PULSACION 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79494

CN: 705076

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 79494

CN: 705077

MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMP REC PEL
(BLISTER PVDC/PVC/ALUM) EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78319

CN: 700984

MEMANTINA PENSA 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78320

CN: 700985

MEMANTINA PENSA 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes con enfermedad Alzheimer de moderada a grave

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78351

CN: 701106

**MEMANTINA PHARMA COMBIX 10MG 112
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78352

CN: 701107

**MEMANTINA PHARMA COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG**

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78464

CN: 701426

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78465

CN: 701427

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 113836011

CN: 698394

MEMANTINA RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave

Nº REG: 113836019

CN: 698392

MEMANTINA RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes adultos 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78345

CN: 701088

MEMANTINA STADA (7 X 5MG +7 X 10MG + 7 X 15MG +7 X 20MG) 28 COM REC PEL EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78273

CN: 700791

MEMANTINA STADA GENERICOS 5MG/PULSAC FRASCO 100ML SOLUC ORAL EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 77585

CN: 698207

MEMANTINA STADA GENERICOS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG

INDICACIONES:

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

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: 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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 80338

CN: 708310

MEMANTINA TEVAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 80339

CN: 708311

MEMANTINA TEVAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 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.

Nº REG: 78747

CN: 702281

MEMANTINA VIR 10MG 112 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 78746

CN: 702280

MEMANTINA VIR 20MG 56 COMPRIMIDOS
RECUBIERTOS PELICULA EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 85881

CN: 730723

MEMOREL FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 85882

CN: 730724

MEMOREL FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS
BUCODISPERSABLES EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 69333

CN: 659966

MENINGITEC 1 JERINGA PRECARGADA CON AGUJA
SUSPENSION INYECTABLE

INDICACIONES:

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 62583

CN: 776476

MENOPUR 75UI 5 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT

INDICACIONES:

MENOPUR está indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones

clínicas:

* 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.

* Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos

múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA) (p.ej. fecundación in vitro

transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos

(GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.(NUEVA INDICACIÓN)

* 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: 62583

CN: 776518

MENOPUR 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT

INDICACIONES:

MENOPUR está indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones

clínicas:

* 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.

* Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos

múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA) (p.ej. fecundación in vitro

transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos

(GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.(NUEVA INDICACIÓN)

* Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en

combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 70658

CN: 663248

**MICOFENOLATO DE MOFETILO STADA 500MG 50
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 71521

CN: 669209

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ACCORD 250MG 100
CAPSULAS DURAS EFG**

INDICACIONES:

El micofenolato de mofetilo está indicado, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplantes en pacientes que reciben alotrasplantes renales, cardiacos o hepáticos

Nº REG: 72743

CN: 672567

**MICOFENOLATO MOFETILO ACCORD 500MG 50
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 79324

CN: 704622

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 250MG 100
CAPSULAS DURAS EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 79323

CN: 704620

**MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 500MG 50
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 71151

CN: 672281

**MICOFENOLATO MOFETILO AUROVITAS SPAIN 500MG
50 COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo está indicado, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, en la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes que han recibido un trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 80224

CN: 707835

**MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 250MG 100
COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 80225

CN: 707836

**MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 500MG 50
COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73170

CN: 676435

**MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500MG 50
COMPR RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticoides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 74562

CN: 683032

**MICOFENOLATO DE MOFETILO KERN PHARMA 500MG
50 COMPR RECUB PEL EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 69972

CN: 651464

**MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 250MG 100
CAPSULAS DURAS EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 70003

CN: 651472

**MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 500MG 50
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de Mofetilo Sandoz está indicado, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76128

CN: 691756

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TECNIGEN 500MG 50
COMPRIMID RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 83675

CN: 724295

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 250MG 100
CAPSULAS EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 83029

CN: 721385

**MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 500MG 50
COMPRIM RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato de mofetilo, en combinación con ciclosporina y corticosteroides está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 74052

CN: 680417

**MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 250MG 100
COMPRIMID RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato mofetilo NORMON está indicado, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 74053

CN: 680418

**MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 500MG 50
COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG**

INDICACIONES:

Micofenolato mofetilo NORMON está indicado, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático.

Nº REG: 09523001

CN: 663145

**MODIGRAF 0,2MG 50 SOBRES GRANULADO PARA
SUSPENSION ORAL**

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos y pediátricos.

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos y pediátricos de aloinjertos renales, hepáticos o de corazón

Nº REG: 09523002

CN: 663147

**MODIGRAF 1MG 50 SOBRES GRANULADO PARA
SUSPENSION ORAL**

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos y pediátricos.

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos y pediátricos de aloinjertos renales, hepáticos o de corazón

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 cardíaca.

Nº REG: 62698

CN: 808188

MUSE 1000MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR

INDICACIONES:

1. Tratamiento de la disfunción eréctil, de etiología principalmente orgánica.
2. Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.

Nº REG: 62697

CN: 808162

MUSE 500MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR

INDICACIONES:

1. Tratamiento de la disfunción eréctil, de etiología principalmente orgánica.
2. Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 107438006

CN: 700470

MYFENAX 250MG 100 X 1 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Myfenax, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 107438005

CN: 700471

MYFENAX 500MG 50 X 1 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Myfenax, en combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante allogénico renal, cardíaco o hepático

Nº REG: 66140

CN: 724500

MYFORTIC 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES

INDICACIONES:

Myfortic está indicado en combinación con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal allogénico.

Nº REG: 66141

CN: 724617

MYFORTIC 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES

INDICACIONES:

Myfortic está indicado en combinación con ciclosporina y corticosteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal allogénico.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 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.

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.

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: 69523

CN: 660352

OCTREOTIDA GP-PHARM 0,05MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG

INDICACIONES:

- Acromegalia

Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden

inadecuadamente al tratamiento convencional. El tratamiento con Octreotida GP-PHARM

también está indicado en pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas

o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el 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 afectados 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: 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, insulinoomas, GRFomas.

Octreotida GP-PHARM no es un tratamiento antitumoral y no resulta curativo en estos pacientes.

- Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática
Para la prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.

- Varices gastro-esofágicas sangrantes

En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia

recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectados de cirrosis.

Octreotida GP-PHARM debe ser utilizado en asociación con un tratamiento específico,

como es, la escleroterapia endoscópica.

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 afectados 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 afectados 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: 84225

CN: 726041

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 10MG 1 VIAL POLVO Y
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.

Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.

Tratamiento de pacientes con tumores 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: 84224

CN: 726040

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 20MG 1 VIAL POLVO Y
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.

Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.

Tratamiento de pacientes con tumores 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: 84226

CN: 726043

**OCTREOTIDA RATIOPHARM 30MG 1 VIAL POLVO Y
DISOLV SUSP INYECT LIB PROLONG EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.

Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide.

Tratamiento de pacientes con tumores 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: 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.

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: 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 ≥ 6 meses de edad.

Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en niños de ≥ 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 ≥ 6 meses de edad.

Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en niños de ≥ 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MYLAN 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 MYLAN 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: 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: 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

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 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

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

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 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

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

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 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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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, estadios 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, estadios 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, estadios 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: 84455

CN: 726688

PARICALCITOL VIR 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

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: 63189

CN: 888065

PROGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos. Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 61006

CN: 680645

PROGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 61006

CN: 885780

PROGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 61005

CN: 680660

PROGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 198092029

CN: 728324

PROMETAX 13,3MG/24H 60 PARCHES (2 X 30)
MULTIENVASE PARCHE TRANSD

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 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.

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 esperma (ICSI)]

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 esperma (ICSI)]

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

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.

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)]

Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 01171013

CN: 665876

RAPAMUNE 0,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

INDICACIONES:

Rapamune está indicado para el tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar (ver sección 4.2 y 5.1).

Rapamune está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que presentan de bajo a moderado riesgo inmunológico, sometidos a un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinación con ciclosporina microemulsión y corticosteroides durante un periodo de 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina microemulsión puede interrumpirse progresivamente (ver secciones 4.2 y 5.1).

Nº REG: 01171008

CN: 948919

RAPAMUNE 1MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

INDICACIONES:

Rapamune está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que presentan de bajo a moderado riesgo inmunológico, sometidos a un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinación con ciclosporina microemulsión y corticosteroides durante un periodo de 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina microemulsión puede interrumpirse progresivamente (ver secciones 4.2 y 5.1).

Rapamune está indicado para el tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar (ver sección 4.2 y 5.1).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 01171001

CN: 876029

RAPAMUNE 1MG/ML 1 FRASCO 60ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Rapamune está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que presentan de bajo a moderado riesgo inmunológico, sometidos a un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinación con ciclosporina microemulsión y corticosteroides durante un periodo de 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina microemulsión puede interrumpirse progresivamente (ver secciones 4.2 y 5.1).

Rapamune está indicado para el tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar (ver sección 4.2 y 5.1).

Nº REG: 01171009

CN: 724534

RAPAMUNE 2MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

INDICACIONES:

Rapamune está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que presentan de bajo a moderado riesgo inmunológico, sometidos a un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinación con ciclosporina microemulsión y corticosteroides durante un periodo de 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides solo si la ciclosporina microemulsión puede interrumpirse progresivamente (ver secciones 4.2 y 5.1).

Rapamune está indicado para el tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar (ver sección 4.2 y 5.1).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 31822-12-05-

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-

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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.

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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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: 720899

**RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 60 PARCHES
TRANSDERMICOS EFG**

INDICACIONES:

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 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: 77623

CN: 698327

**RIVASTIGMINA RATIOPHARM 4,6MG/24 H 30 PARCHES
TRASDERMICOS 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 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: 09599002

CN: 691484

RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 09599001

CN: 691483

RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 28 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 09599018

CN: 665804

**RIVASTIGMINA SANDOZ 2MG/ML 1 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: 09599007

CN: 691488

**RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 09599006

CN: 691489

**RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 09599011

CN: 691551

RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 09599010

CN: 691549

RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

Nº REG: 09599015

CN: 691490

RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 09599014

CN: 691552

RIVASTIGMINA SANDOZ 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: 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.

Nº REG: 72970

CN: 675922

**RIVASTIGMINA STADA 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS
(PVC/PVDC/AL) 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: 72970

CN: 675925

**RIVASTIGMINA STADA 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS
(PVC/PVDC/AL) 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: 79431

CN: 704922

**RIVASTIGMINA STADA 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: 72977

CN: 675937

RIVASTIGMINA STADA 3MG 112 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) 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: 72977

CN: 675945

RIVASTIGMINA STADA 3MG 56 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) 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: 72976

CN: 676181

RIVASTIGMINA STADA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) 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: 72976

CN: 676184

RIVASTIGMINA STADA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS (PVC/PVDC/AL) 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: 77306

CN: 697305

**RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 30 PARCHES
TRANSDERMICOS EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.
Rivastigmina STADA parches transdérmicos está indicado en adultos.

Nº REG: 77306

CN: 697307

**RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 60 PARCHES
TRANSDERMICOS EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.
Rivastigmina STADA parches transdérmicos está indicado en adultos.

Nº REG: 72975

CN: 676158

**RIVASTIGMINA STADA 6MG 56 CAPSULAS DURAS
(PVC/PVDC/AL) 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: 72975

CN: 676161

**RIVASTIGMINA STADA 6MG 112 CAPSULAS DURAS
(PVC/PVDC/AL) 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: 77307

CN: 697309

**RIVASTIGMINA STADA 9,5 MG/24 H 60 PARCHES
TRANSDERMICOS EFG**

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.
Rivastigmina STADA parches transdérmicos está indicado en adultos.

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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 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: 700734

RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H 30 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: 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: 700735

RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H 60 (2X30) PARCHES
TRANSDERMICOS EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 78250

CN: 700739

RIVASTIGMINA VIATRIS 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES
TRANSDERMICOS EFG

INDICACIONES:

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

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76267

CN: 692387

RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 28 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: 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: 76267

CN: 692388

RIVASTIGMINA VIR 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: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 76268

CN: 692391

RIVASTIGMINA VIR 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: 76268

CN: 692393

RIVASTIGMINA VIR 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: 76269

CN: 692395

RIVASTIGMINA VIR 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: 76269

CN: 692396

RIVASTIGMINA VIR 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: 76270

CN: 692398

RIVASTIGMINA VIR 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: 76270

CN: 692399

RIVASTIGMINA VIR 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: 55973

CN: 95526

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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: 60320

CN: 653825

SANDIMMUN NEORAL 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS

INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea.

Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveítis endógena

- Uveítis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión.

- Uveítis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral está indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia

convencional, tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada.

El médico deberá valorar la relación beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Síndrome nefrótico

Sandimmun Neoral está indicado en el Síndrome Nefrótico secundario a nefropatía de cambios

mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atópica

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica severa cuando se

requiera una terapia sistémica.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 56799

CN: 653833

SANDIMMUN NEORAL 100MG/ML SOLUCION ORAL 50ML

INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea.

Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveítis endógena

- Uveítis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión.

- Uveítis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral está indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia

convencional, tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada.

El médico deberá valorar la relación beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Síndrome nefrótico

Sandimmun Neoral está indicado en el Síndrome Nefrótico secundario a nefropatía de cambios

mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atópica

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica severa cuando se

requiera una terapia sistémica.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60319

CN: 653809

SANDIMMUN NEORAL 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS

INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea.

Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveítis endógena

- Uveítis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión.

- Uveítis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral está indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia

convencional, tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada.

El médico deberá valorar la relación beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Síndrome nefrótico

Sandimmun Neoral está indicado en el Síndrome Nefrótico secundario a nefropatía de cambios

mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atópica

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica severa cuando se

requiera una terapia sistémica.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 60318

CN: 653817

SANDIMMUN NEORAL 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS

INDICACIONES:

Trasplantes

Trasplante de órganos

Para prevenir el rechazo del injerto en los trasplantes alogénicos de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón y páncreas.

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

Trasplante de médula ósea

Para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de médula ósea.

Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH).

Enfermedades autoinmunes

Uveítis endógena

- Uveítis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión.

- Uveítis de la enfermedad de Behçet.

Psoriasis

Sandimmun Neoral está indicado en pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional, tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada.

El médico deberá valorar la relación beneficio/riesgo al instaurar el tratamiento con Sandimmun Neoral.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Síndrome nefrótico

Sandimmun Neoral está indicado en el Síndrome Nefrótico secundario a nefropatía de cambios

mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes

dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.

Artritis reumatoide

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide activa severa.

No se ha demostrado su eficacia y seguridad en niños.

Dermatitis atópica

Sandimmun Neoral está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica severa cuando se requiera una terapia sistémica.

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: 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, insulinosomas, 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.

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.

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: 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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 MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO 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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 75264

CN: 686981

**DONEBRAIN 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

**DONEBRAIN 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.

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)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 64837

CN: 767913

**SOMATULINA AUTOGEL 60MG 1 JER PRECARGADA
0,3ML SOLUCION INYECT**

INDICACIONES:

- Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.
- Tratamiento de los 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: 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)

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 102240010

CN: 708217

SOMAVERT 25MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones del factor de crecimiento insulínico tipo I(IGF-I) o no haya sido tolerado.

Nº REG: 102240012

CN: 708257

SOMAVERT 30MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT

INDICACIONES:

Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones del factor de crecimiento insulínico tipo I(IGF-I) o no haya sido tolerado.

Nº REG: 06359001

CN: 658107

SUBOXONE 2/0,5MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 06359003

CN: 658108

SUBOXONE 8/2MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

INDICACIONES:

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

Nº REG: 106359004

CN: 701187

SUBOXONE 8/2MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171244002

CN: 721247

TACFORIUS 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos
inmunosupresores en pacientes adultos

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171244008

CN: 721249

TACFORIUS 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos
inmunosupresores en pacientes adultos

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos

Nº REG: 1171244008

CN: 721248

TACFORIUS 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos
inmunosupresores en pacientes adultos

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos

Nº REG: 1171244016

CN: 721250

TACFORIUS 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos
inmunosupresores en pacientes adultos

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171244022

CN: 721244

TACFORIUS 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos
inmunosupresores en pacientes adultos

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos

Nº REG: 73278

CN: 672506

TACNI 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

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

Nº REG: 73276

CN: 672814

TACNI 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73276

CN: 672815

TACNI 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardiacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73277

CN: 677341

TACNI 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardiacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73744

CN: 675494

TACROLIMUS STADA 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardiacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

Nº REG: 73745

CN: 675605

TACROLIMUS STADA 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardiacos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 88078

CN: 758235

TACROLIMUS STADAFARMA 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 88079

CN: 758237

TACROLIMUS STADAFARMA 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 88080

CN: 758238

TACROLIMUS STADAFARMA 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

Nº REG: 88081

CN: 758239

TACROLIMUS STADAFARMA 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG

INDICACIONES:

Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.

Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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 transplantes 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: 77743

CN: 698654

UXAZEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderada.

Nº REG: 77742

CN: 698651

UXAZEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG

INDICACIONES:

Tratamiento sintomático de la demencia de tipo Alzheimer de leve a moderada.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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.

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: 73785

CN: 677422

VANCOMICINA PFIZER 1000MG 1 VIAL POLVO
CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG

INDICACIONES:

La vancomicina intravenosa está indicada en las siguientes infecciones graves causadas por bacterias grampositivas sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibióticos, como penicilinas o cefalosporinas

- endocarditis
- infecciones óseas (osteomielitis)
- neumonía
- infecciones de tejidos blandos

En los casos en que se considere adecuado, la vancomicina se debe administrar junto con

otros agentes antibacterianos. Esto se aplica especialmente en el tratamiento de la endocarditis.

La vancomicina puede utilizarse para la profilaxis perioperatoria contra la endocarditis bacteriana en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando son sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores (por ejemplo, intervenciones cardíacas y vasculares) y no se les puede administrar un agente antibacteriano betalactámico apropiado. Deben tenerse en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 73784

CN: 677421

VANCOMICINA PFIZER 500MG 1 VIAL POLVO
CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG

INDICACIONES:

La vancomicina intravenosa está indicada en las siguientes infecciones graves causadas por bacterias grampositivas sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibióticos, como penicilinas o cefalosporinas

- endocarditis
- infecciones óseas (osteomielitis)
- neumonía
- infecciones de tejidos blandos

En los casos en que se considere adecuado, la vancomicina se debe administrar junto con otros agentes antibacterianos. Esto se aplica especialmente en el tratamiento de la endocarditis.

La vancomicina puede utilizarse para la profilaxis perioperatoria contra la endocarditis bacteriana en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando son sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores (por ejemplo, intervenciones cardíacas y

vasculares) y no se les puede administrar un agente antibacteriano betalactámico

apropiado. Deben tenerse en cuenta las consideraciones oficiales sobre el uso adecuado de 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 > 10x10⁹/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10⁹/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas > 40x10⁹/L).

Nº REG: 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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 >1000x10⁹/l o
- Antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.

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.

Nº REG: 10159-2017-

CN: 758026

YASNAL 10MG 28 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: 10159-2017-

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: 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: 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: 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: 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: 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: 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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

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).

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).

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233007

CN: 722423

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233007

CN: 722422

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233009

CN: 722395

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233009

CN: 722394

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233017

CN: 722401

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233017

CN: 722402

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233011

CN: 722398

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233011

CN: 722396

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233013

CN: 722419

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

Nº REG: 1171233013

CN: 722420

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233015

CN: 722399

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

INDICACIONES:

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

Nº REG: 1171233015

CN: 722400

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

INDICACIONES:

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO CON SUS INDICACIONES

FIN DEL TIPO DE VISADO

Diagnóstico hospitalario

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 80349

CN: 708343

**ACIDOS OMEGA 3 ARISTO 1000MG 28 CAPSULAS
BLANDAS (75ML) EFG**

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

Nº REG: 80349

CN: 708344

**ACIDOS OMEGA 3 ARISTO 1000MG 100 CAPSULAS
BLANDAS (250ML) EFG**

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

Nº REG: 76981

CN: 695990

**ACIDOS OMEGA 3 KERN PHARMA 1.000MG 28
CAPSULAS BLANDAS EFG**

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos estén contraindicados.

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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 76636

CN: 693891

ACIDOS OMEGA 3 RATIOPHARM 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS (FRASCO) EFG

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados.

Nº REG: 76636

CN: 695743

ACIDOS OMEGA 3 RATIOPHARM 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS (FRASCO) EFG

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están 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.

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

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.

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: 76202

CN: 692213

ACIDOS OMEGA 3 TEVA 1000MG 28 CAPSULAS
BLANDAS (FRASCO) EFG

INDICACIONES:

Pacientes con hipertrigliceridemia grave en los que los fibratos están contraindicados.

Nº REG: 76202

CN: 692217

ACIDOS OMEGA 3 TEVA 1000MG 100 CAPSULAS
BLANDAS (FRASCO) 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: 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

Nº REG: 5255

CN: 795419

CODEISAN 1,26MG/ML 125ML JARABE

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 5255

CN: 936518

CODEISAN 1,26MG/ML 250ML 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 paraplejia

Nº REG: 60189

CN: 698109

DUPHALAC 10G SOLUCION ORAL EN SOBRE 50 STICKS

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

Nº REG: 60189

CN: 650316

DUPHALAC 10 SOBRES SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

Nº REG: 46197

CN: 748582

DUPHALAC 667MG/ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

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: 20709

CN: 824078

FLUDAN CODEINA 10MG/5ML 200ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 24797

CN: 673090

HISTAVERIN 10MG/5ML JARABE FRASCO CON 250ML

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 59469

CN: 653453

LACTULOSA LEVEL 66,75G/100ML 200ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejía

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: 65343

CN: 794719

NOTUSIN 100ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 65343

CN: 795112

NOTUSIN 250ML SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

Nº REG: 2630085

CN: 715486

OCULOTECT 50MG/ML 1 FRASCO 10ML COLIRIO EN SOLUCION

INDICACIONES:

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos 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 afectos de síndrome de Sjögren.

Nº REG: 61982

CN: 755215

OCULOTECT 50MG/ML FRASCO 10ML COLIRIO EN 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: 61983

CN: 755223

OCULOTECT 50MG/ML 20 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION

INDICACIONES:

Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos 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 afectos de síndrome de Sjögren

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 59691

CN: 794768

OPONAF 10G/SOBRE 50 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

Nº REG: 59691

CN: 794388

OPONAF 10G/SOBRE 20 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL

INDICACIONES:

Encefalopatía portosistémica y paraplejia

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

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

Nº REG: 73919

CN: 680089

PLANTAGO OVATA LAINCO 3,5G 15 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL

INDICACIONES:

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

Nº REG: 68514

CN: 658578

PLANTAGO OVATA NORMON 3,5G 30 SOB MONODO POL SU OR

INDICACIONES:

Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 54807

CN: 937052

PRAXILENE 100MG 50 CAPSULAS

INDICACIONES:

Claudicación intermitente

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

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

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 afectos de síndrome de Sjögren

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

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 afectos de síndrome de Sjögren

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

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CON VISADO - FINANCIACIÓN RESTRINGIDA PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Nº REG: 30982

CN: 893263

TOSIDRIN 10MG/ML 1 FRASCO 30ML GOTAS ORALES EN SOLUCION

INDICACIONES:

Pacientes neoplásicos con tos persistente

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: 63926

CN: 818658

VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO

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: 56872 03-08-

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)