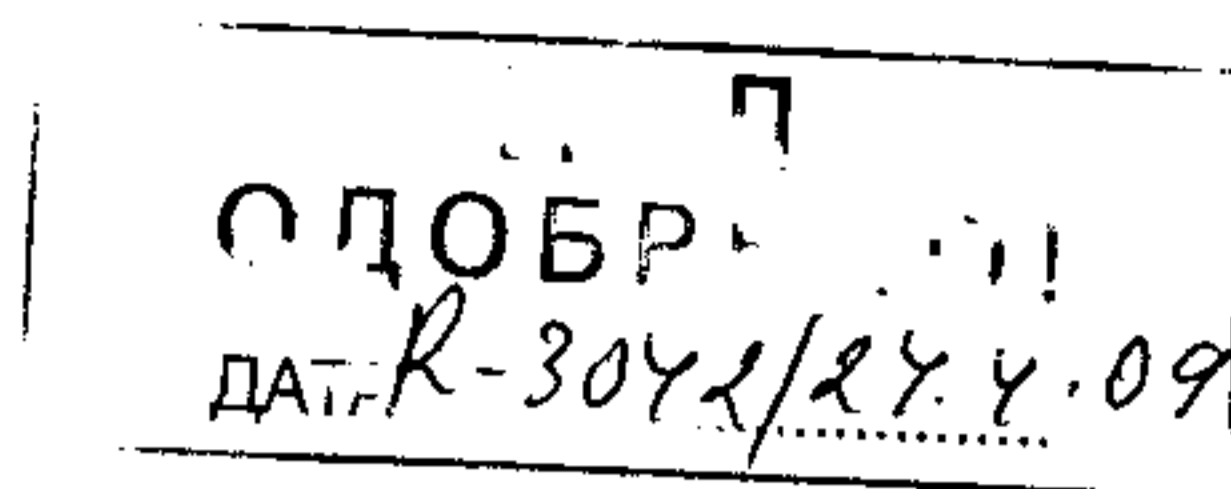


КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Монтелукаст-ратиофарм 5 mg таблетки за дъвчене
Montelukast-ratiopharm 5 mg chewable tablets
Монтелукаст/Montelukast



2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Всяка таблетка съдържа монтелукаст натрий (*montelukast sodium*), еквивалентен на 5 mg монтелукаст (*montelukast*).

Помощни вещества: Аспартам (E 951) 1,5 mg на таблетка .

За пълния списък на помощните вещества, вж. раздел 6.1 лекарствена форма.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Таблетки за дъвчене

Таблетките от 5 mg са розови, кръгли, двойноизпъкнали. С маркировка "M9UT" и "5" от едната страна.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Таблетките за дъвчене от 5 mg се прилагат за лечение на астма като допълнителна терапия при пациенти със слабо до умерено проявена астма, чието състояние е недостатъчно добре контролирано с инхалаторни кортикостероиди и при които е доказано, че приложението "при нужда" на бързодействащи β -агонисти осигурява недостатъчен клиничен контрол на астмата.

Таблетките за дъвчене от 5 mg могат да се използват и като алтернативна терапия на нискодозовите инхалаторни кортикостероиди при пациенти с лека персистираща астма, които скоро не са имали сериозни астматични пристъпи, налагащи приложение на перорални кортикостероиди и които са показали, че не могат да ползват инхалаторни кортикостероиди (Вж. точка 4.2).

Таблетките за дъвчене от 5 mg също така имат добри показания за профилактика на астма при пациенти, при която преобладаващият компонент е бронхоспазъм, индуциран от физическо натоварване.

4.2. Дозировка и начин на приложение

Перорално приложение

Дозировката за деца и юноши от 6 до 14 е една 5 mg таблетка за дъвчене дневно, която се приема вечер. При прием, свързан с времето за хранене, *монтелукаст* трябва да се взема 1 час преди или 2 часа след хранене. При тази възрастова група не е необходима корекция на дозировката.

Общи препоръки

Терапевтичният ефект на монтелукаст върху параметрите за контрол на астма се проявява в рамките на един ден. Пациентите трябва да бъдат съветвани да продължат да приемат *монтелукаст* дори ако заболяването им е под контрол, както и през периодите на влошаване на астмата.



Не е необходима корекция на дозата при пациенти с бъбречна недостатъчност или такива с леко до умерено нарушение на черния дроб. Няма данни за пациенти със сериозни увреждания на черния дроб. Дозата е една и съща за пациенти от двата пола.

Монтелукаст като алтернативна терапия на нискодозови инхалаторни кортикостероиди при пациенти с лека персистираща астма

Монтелукаст не се препоръчва като монотерапия при пациенти с умерена персистираща астма. Употребата на *монтелукаст* като алтернативен избор на нискодозови инхалаторни кортикостероиди при деца с лека персистираща астма трябва да се използва само за пациенти които не са имали наскоро сериозни астматични пристъпи, изискващи перорална употреба на кортикостероиди и които са показали, че не могат да използват инхалаторни кортикостероиди (вж. т. 4.1). Леката персистираща астма се дефинира като астматични симптоми по-често от веднъж седмично, но по-рядко от веднъж дневно, нощни симптоми по-често от два пъти месечно, но по-рядко от веднъж седмично, нормална функция на белите дробове между епизодите. Ако не се постигне задоволителен контрол на астмата след започване на лечението (обикновено в рамките на един месец), трябва да се прецени нуждата от допълнително или различно противовъзпалително лечение, базирано на системата стъпка по стъпка за лечение на астма. Пациентите трябва периодично да се оценяват за контрола на тяхната астма.

Лечение с монтелукаст във връзка с друго лечение на астма.

Когато лечението с *монтелукаст* се използва като допълваща терапия към инхалаторни кортикостероиди, препаратът не трябва рязко да замести инхалаторните кортикостероиди (вж. точка 4.4).

Налични са 4 mg таблетки за дъвчене за деца от 2 до 5 годишна възраст.

Налични са 10 mg филмирани таблетки за възрастни и младежи на 15 и повече години.

4.3. Противопоказания

Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от помощните вещества.

4.4. Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Пациентите трябва да се съветват никога да не използват пероралния *монтелукаст* за лечение на остри астматични пристъпи и да имат на разположение своето обичайно животоспасяващо лекарство за тази цел. Ако настъпи остър пристъп, трябва да се използват бързодействащи инхалаторни β -агонисти. Пациентите трябва да потърсят лекарска помощ колкото може по-рано, ако имат нужда от повече инхалации с бързодействащ β -агонист от обикновено.

Монтелукаст не трябва рязко да замести инхалаторните или пероралните кортикостероиди.

Няма данни, които да демонстрират, че пероралните кортикостероиди могат да се намалят, когато се взимат едновременно с *монтелукаст*.

В редки случаи, при пациенти на лечение с антиастматични средства, включително *монтелукаст* може да настъпи системна еозинофилия, понякога изясняваща се с клинични прояви на васкулит съответстващи на синдрома на Churg-Strauss, състояние, което често се лекува със системни кортикостероиди. Обикновено, но не винаги, тези състояния се свързват с намаляване или прекъсване на пероралната терапия с кортикостероиди. Вероятността левкотриеновият рецепторен антагонист да е свързан с възникването на синдрома на Churg-Strauss не може нито да бъде изключен, нито доказан. Лекарите трябва да внимават за появата на еозинофилия, васкулитен обрив, влошаване на белодробните симптоми, усложнения от страна на сърцето, или невропатия при техните пациенти. При пациенти, при които се развият тези симптоми трябва да бъде направена преоценка, а техните терапевтични схеми – да се преразгледат.



Таблетките за дъвчене от 5 mg съдържат аспартам, източник на фенилаланин. Пациенти с фенилкетонурия трябва да имат предвид, че всяка таблетка за дъвчене от 5 mg съдържа фенилаланин в количество, еквивалентно на 0,842 mg фенилаланин за доза.

4.5. Взаимодействие с други лекарствени форми и други форми на взаимодействие

Монтелукаст може да бъде прилаган с други видове лечение, използвани обичайно за профилактиката или хроничното лечение на астма. В клиничните проучвания за лекарствени взаимодействия, препоръчаната клинична доза на *монтелукаст* не оказва клинично значими ефекти върху фармакокинетиката на следните лекарствени продукти: теофилин, преднизон, преднизолон, перорални контрацептиви (етинил естрадиол/норетиндрон 35/1), терфенадин, дигоксин и варфарин.

Площта под кривата на плазмената концентрация (AUC) за *монтелукаст* намалява приблизително с 40 % при лица с едновременно приложение на фенобарбитал. Тъй като *монтелукаст* се метаболизира от CYP 3A4, трябва да се внимава, особено при деца, когато продуктът се прилага едновременно с индуктори на CYP 3A4, като фенитоин, фенобарбитал и рифампицин.

In vitro проучвания показват, че *монтелукаст* е силен инхибитор на CYP 2C8. Въпреки това, данни от клинични проучвания за лекарствени взаимодействия, включващи *монтелукаст* и розиглитазон (проучван субстрат, представител на лекарствени продукти които се метаболизират основно чрез CYP 2C8) показват, че *монтелукаст* не инхибира CYP2C8 *in vivo*. Ето защо не се допуска, че *монтелукаст* променя метаболизма на лекарствени продукти, които се метаболизират от този ензим (например паклитаксел, розиглитазон и репаглинид).

4.6. Бременност и кърмене

Употреба по време на бременност

Ограничената информация от наличната база данни относно бременността не предполага причинно-следствена връзка между употребата на *монтелукаст* и малформации (напр. дефекти на крайниците), които са били съобщавани рядко в световния постмаркетингов опит. Проучванията върху животни са показали репродуктивна токсичност само в много високи дози (вж. т. 5.3).

Монтелукаст може да се използва по време на бременност само ако това е сметнато за абсолютно наложително.

Употреба по време на кърмене

Не е известно дали *монтелукаст* се екскретира в човешкото мляко. Проучвания при плъхове, показват, че *монтелукаст* се екскретира в млякото. *Монтелукаст* не трябва да се използва по време на кърмене, тъй като липсват данни за безопасността на кърмачето.

4.7. Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Не се очаква *монтелукаст* да повлиява способността на пациентите да шофират автомобил или да работят с машини. Въпреки това, в много редки случаи, някои пациенти са съобщавали за сънливост или замайване.

4.8. Нежелани лекарствени реакции

Монтелукаст е оценяван в клинични проучвания както следва:

- 10 mg филмирани таблетки при приблизително 4000 възрастни пациенти на 15 и повече години.
- 5 mg таблетки за дъвчене при приблизително 1750 педиатрични пациенти на възраст от 6 до 14 години.



Следните термини са използвани за класификация на появата на нежелани лекарствени реакции: Много чести ($\geq 1/10$), Чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), Не чести ($\geq 1/1,000$ до $< 1/100$), Редки ($\geq 1/10,000$ до $< 1/1,000$), Много редки ($< 1/10,000$), липсва информация (не може да се установи от наличните данни).

Следните, свързани с лекарството нежелани реакции са докладвани в клиничните изпитвания често ($> 1/100$ до $< 1/10$) при пациенти лекувани с *монтелукаст* и с по-голяма честота, отколкото при пациенти, лекувани с плацебо:

Класификация според телесна система	Възрастни пациенти 15 и повече годишни (две 12-седмични изпитвания; n=795)	Педиатрични пациенти 6 до 14 годишни (едно 8-седм. изпитване; n=201) (две 56-седмични изпитвания; n=615)
Нарушения на нервната система	Главоболие	Главоболие
Стомашночревни нарушения	Болка в корема	

При продължително лечение в клиничните изпитвания с ограничен брой пациенти за период до 2 години при възрастни и за период до 12 месеца при деца от 6 до 14 годишна възраст, профилът на безопасност не се е променил.

Следните нежелани реакции са докладвани през пост-маркетинговия период:

Сърдечни нарушения

Палпитации

Нарушения на кръвта и лимфната система

Повишена склонност към кървене

Нарушения на нервната система

Световъртеж, сънливост, парестезия/хипоестезия, гърчове

Стомашно-чревни нарушения

Диария, сухота в устата, диспепсия, гадене, повръщане

Нарушения на кожата и подкожната тъкан

Ангиедем, кръвонасядане, уртикария, пруритус, обрив, еритема нодозум.

Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан

Артралгия, миалгия включително мускулни крампи

Общи нарушения и ефекти върху мястото на приложение

Астения/умора, неразположение, оток

Нарушения на имунната система

Реакции на свръхчувствителност, включваща анафилаксия, еозинофилна инфилтрация на черния дроб

Хепато-билиарни нарушения

Повишени нива на серумните трансаминази (АЛАТ, АСАТ), холестатичен хепатит

Психични нарушения



Нарушения на съня, включително кошмари, халюцинации, безсъние, раздразнителност, безпокойство, възбуда включително агресивно поведение, тремор, депресия, мисли за самоубийство и самоубийствено поведение в много редки случаи.

Докладвани са много рядко случаи на синдрома на Churg-Strauss (CSS) по време на лечението с *монтелукаст* при пациенти с астма (вж. точка 4.4).

4.9. Предозиране

Симптоми

Съществуват съобщения за остро предозиране по време на постмаркетинговия период и клинични изпитвания с *монтелукаст*. Те включват доклади за възрастни и деца с дози до 1000 mg (приблизително 61 mg/kg при 42 месечна възраст). Клиничните и лабораторни наблюдавани находки са в съответствие с профила на безопасност при възрастни и деца. В повечето от докладите за предозиране не е имало нежелани лекарствени реакции. Най-често възниквалите нежелани реакции са в съответствие с профила на безопасност на *монтелукаст* и включват болка в корема, безсъние, жажда, главоболие, повръщане и психомоторна хиперактивност.

Лечение

Няма специфична информация за лечение при предозиране на *монтелукаст*. При проучвания за хронична астма, препаратът е прилаган на възрастни пациенти в дози до 200 mg дневно в продължение на 22 седмици, а при краткосрочни проучвания - до 900 mg дневно за приблизително една седмица, без клинично значими нежелани реакции.

Не е известно дали *монтелукаст* се диализира чрез перитонеална- или хемодиализа.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ ДАННИ

5.1. Фармакодинамични свойства

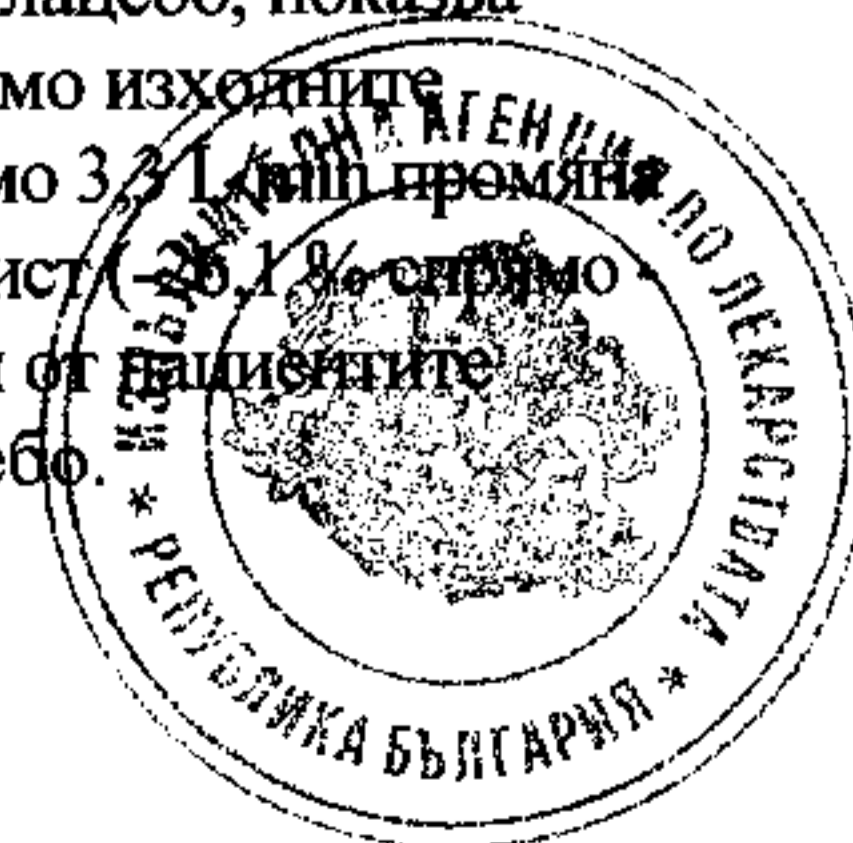
Фармакотерапевтична група: антагонисти на левкотриеновия рецептор.

АТС код: R03D C03

Цистеинил-левкотриените (LTC₄, LTD₄, LTE₄) са мощни възпалителни ейкозаноиди, освобождавани от различни клетки, включително мастоцити и еозинофили. Тези важни про-астматични медиатори се свързват с цистеинил - левкотриенови (CysLT) рецептори, които се намират във въздухоносните пътища на човека и причиняват реакции на същите, включващи бронхоконстрикция (бронхоспазъм), лигавична секреция, съдова пропускливост и еозинофилно въвличане.

Монтелукаст е перорално активно вещество, което се свързва с висок афинитет и селективност с CysLT₁ рецептора. В клинични изпитвания, *монтелукаст* инхибира бронхоконстрикцията, дължаща се на инхалиран LTD₄ при дози по-ниски от 5 mg. Бронходилатацията се наблюдава в рамките на 2 часа от пероралния прием. Бронходилатацията, предизвикана от β-агонисти е адитивна към тази, предизвикана от *монтелукаст*. Лечението с *монтелукаст* повлиява както ранната, така и късната фаза на бронхоконстрикцията, дължаща се на антигенна заплаха. *Монтелукаст*, сравнен с плацебо, намалява еозинофилите в периферната кръв на възрастни и деца. В отделно изпитване, лечението с *монтелукаст* значимо намалява еозинофилите във въздухоносните пътища (измерено в храчката). При възрастни и деца от 2 до 14 годишна възраст, *монтелукаст*, в сравнение с плацебо, намалява еозинофилите в периферната кръв, като подобрява клиничния контрол на астмата.

В проучвания при възрастни, *монтелукаст* 10 mg веднъж дневно, сравнен с плацебо, показва значително подобрение в сутрешния ФЕО₁ (10,4 % спрямо 2,7 % промяна спрямо изходните стойности), АМ скорост на пиковия експираторен поток /PEFR/ (24,5 L/min спрямо 3,3 L/min промяна спрямо изходните стойности) и значително понижава общата употреба на β-агонисти (-6,1 % спрямо 4,6 % промяна спрямо изходните стойности). Подобрението на докладвания брой от пациентите дневни и нощни астматични симптоми е значително по-добро спрямо плацебо.



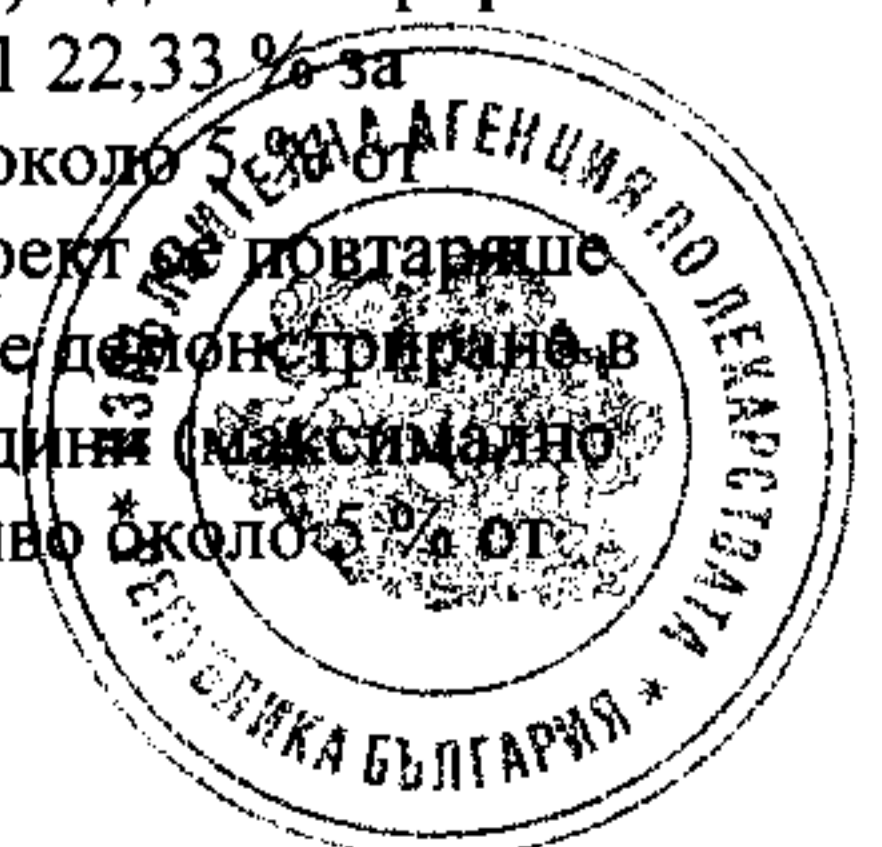
Проучвания при възрастни пациенти показват способността на *монтелукаст* да допълва клиничния ефект на инхалационния кортикостероид (в % промяна спрямо изходните стойности за инхалационен беклометазон плюс *монтелукаст* срещу беклометазон, съответно за ФЕО1: 5,43 % спрямо 1,04 %; употреба на β-агонист: -8,70 % спрямо 2,64 %). В сравнение с инхалационен беклометазон (200 µg два пъти дневно с устройство за впръскване), *монтелукаст* показва по-бърз начален отговор, въпреки че след 12-седмично проучване, беклометазон постига по-висок среден клиничен отговор (% промяна спрямо изходните стойности за *монтелукаст* срещу беклометазон, респективно за ФЕО1: 7,49 % спрямо 13,3 %; употреба на β-агонист: -28,28 % спрямо -43,89 %). Въпреки това, сравнен с беклометазон, висок процент пациенти, лекувани с беклометазон постигат подобен клиничен отговор (напр. 50 % от пациентите лекувани с беклометазон постигат подобрене на ФЕО1 от приблизително 11 % или повече от изходните стойности докато приблизително 42 % от пациентите лекувани с *монтелукаст* постигат същия отговор).

В 8-седмично проучване при педиатрични пациенти от 6 до 14 годишна възраст, *монтелукаст* 5 mg веднъж дневно, сравнен с плацебо, значително подобрява респираторната функция (ФЕО1 8,71 % спрямо 4,16 % промяна спрямо изходните стойности; AM PEF 27,9 L/min спрямо 17,8 L/min промяна спрямо изходните стойности) и намалява нуждата от използване на бета-агонисти при нужда (-11,7 % спрямо + 8,2 % промяна спрямо изходните стойности).

В 12-месечно проучване, сравняващо ефикасността на *монтелукаст* спрямо инхалаторен флутиказон за контрол на астма при педиатрични пациенти от 6 to 14 годишна възраст с лека персистираща астма, препаратът не се представя по-лошо от флутиказон при увеличение на процента дни без лекарства за облекчаване на астмата (RFD), първичен краен показател. Средно за 12-месечния период на лечение, процентът на RFD при асма се увеличава от 61,6 до 84,0 в групата на *монтелукаст* и от 60,9 до 86,7 в групата на флутиказон. Разликата между двете групи в LS средно увеличение в процента RFD при асма е статистически значима (-2,8 с 95 % CI от -4,7, -0,9), като е в границите, определящи че тя не е клинично по-ниска от предписанията. И *монтелукаст*, и флутиказон подобряват астматичния контрол на второстепенни променливи оценки през 12 месечния период на лечение:

- ФЕО₁ се увеличава от 1,83 L до 2,09 L в групата на *монтелукаст* и от 1,85 L на 2,14 L в групата на флутиказон. Разликата между двете групи в LS средно увеличение на ФЕО₁ е - 0.02 L с 95 % CI от -0.06, 0.02. Средното увеличение спрямо изходните стойности в % предсказан ФЕО₁ е 0,6 % в групата лекувана с *монтелукаст* и 2,7 % в групата лекувана с флутиказон. Разликата между средните LS като промяна спрямо изходните нива в % предсказано ФЕО₁ е значителна: - 2,2 % с 95 % CI от -3,6, -0,7.
- Процентът дни, в които се употребява бета-агонист намалява от 38,0 на 15,4 в групата на *монтелукаст* и от 38,5 на 12,8 в групата на флутиказон. Разликата между двете групи в средни LS за процента дни, в които се употребява бета-агонист е значителна: 2,7 с 95 % CI от 0,9, 4,5.
- Процентът пациенти с астматични пристъпи (астматичният пристъп се определя като период на влошаване на астмата, който изисква лечение с перорални стероиди, непланирано посещение в лекарски кабинет, в спешен център или хоспитализация) е 32,2 в групата на *монтелукаст* и 25,6 в групата на флутиказон; разликата в отношението (95 % CI) е значителна: равна е на 1,38 (1,04, 1,84).
- Процентът пациенти използвали системни (предимно перорални) кортикостероиди през периода на изпитването е 17,8 % в групата на *монтелукаст* и 10,5 % в групата на флутиказон. Разликата между двете групи в средни LS е следната: 7,3 % с 95% CI от 2,9; 11,7.

Значително намаление на индуцираната от усилие бронхоконстрикция (ИУБ) е демонстрирана при 12-седмично проучване при възрастни (максимално понижаване на ФЕО1 22,33 % за *монтелукаст* спрямо 32,40 % за плацебо; време за възстановяване до ниво около 5 % от изходните стойности на ФЕО1 : 44,22 минути спрямо 60,64 минути). Този ефект се повтаря трайно през 12-седмичния период на проучването. Намаление на ИУБ също е демонстрирано в краткосрочно изпитване при педиатрични пациенти на възраст от 6 до 14 години (максимално понижаване на ФЕО1 18,27 % спрямо 26,11 %; време за възстановяване до ниво около 5 % от



изходното ФЕО1 : 17,76 минути спрямо 27,98 минути). Ефектът на двете изпитвания е демонстриран в края на еднократен дозиращ интервал.

При чувствителни към аспирин астматици, получаващи едновременно инхалаторни и/или перорални кортикостероиди, лечението с *монтелукаст*, сравнено с плацебо, води до значително подобрене в контрола на астмата (ФЕО1 8,55 % спрямо -1,74% промяна спрямо изходните стойности и понижение в общата употреба на бета-агонисти -27,78 % спрямо 2,09 % промяна спрямо изходните стойности).

5.2. Фармакокинетични свойства

Абсорбция

След перорално приложение *монтелукаст* се абсорбира бързо. Средната пикова плазмена концентрация (C_{max}) за филмираните таблетки от 10 mg се достига 3 часа (T_{max}) след приложение на гладно при възрастни. Средната перорална бионаличност е 64 %. Пероралната бионаличност и C_{max} не се повлияват от стандартно хранене. Безопасността и ефикасността са демонстрирани при клинични проучвания, при които 10 mg филмирани таблетки са прилагани независимо от времето на поемане на храна.

С таблетките за дъвчене от 5 mg C_{max} се достига 2 часа след приложение при възрастни на гладно. Средната перорална бионаличност е 73 % и се намалява до 63 % при стандартно хранене.

След приложение на таблетките за дъвчене от 4 mg на педиатрични пациенти от 2 до 5 годишна възраст на гладно, C_{max} се достига 2 часа след приложение. Средната C_{max} е 66 % по-висока докато средната C_{min} е по-ниска отколкото при възрастни получавали 10 mg таблетки.

Разпределение

Montelukast се свързва с повече от 99 % от плазмените протеини. Обемът на разпределение на *монтелукаст* при равновесно състояние е средно 8-11 литра. Изпитвания при плъхове с радиомаркиран *монтелукаст* показват минимално преминаване през кръвно-мозъчната бариера. Освен това, концентрациите на радиомаркиран материал на 24 часа след дозата са минимални във всички други тъкани.

Биотрансформация

Montelukast се метаболизира в голяма степен. В проучвания с терапевтични дози, плазмените концентрации на метаболитите на *монтелукаст* не са измерими в равновесно състояние при възрастни и деца.

In vitro изследвания, при които са използвани човешки чернодробни микрозомни, показват, че в метаболизма на *монтелукаст* са включени цитохроми P450 3A4, 2A6 и 2C9. Базирайки се на по-нататъшни in vitro резултати в човешки чернодробни микрозомни, терапевтичните плазмени концентрации на *монтелукаст* не потискат цитохроми P450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 или 2D6. Приносът на метаболитите на *монтелукаст* към терапевтичния ефект е минимален.

Елиминиране

При здрави възрастни плазменият клирънс на *монтелукаст* е средно 45 ml/min. След перорална доза на радиомаркиран *монтелукаст*, 86 % от радиоактивността е открита във фекалните маси от 5 дни и < 0,2 % - в урината. Това, заедно с определената за *монтелукаст* перорална бионаличност, показва, че препаратът и неговите метаболити се екскретират почти изключително чрез жлъчката.

Характерни особености на пациента

Не е необходимо съобразяване на дозировката за пациенти в напреднала възраст или лека до умерена чернодробна недостатъчност. Не са провеждани изпитвания с пациенти с бъбречни нарушения. Тъй като *монтелукаст* и неговите метаболити се елиминират чрез жлъчката, не е необходимо съобразяване на дозировката при пациенти с бъбречно увреждане. Няма клинични данни за фармакокинетиката на пациенти с тежка чернодробна недостатъчност (Child-Pugh >9).



При високи дози *монтелукаст* (20- и 60-гъти над препоръчителната доза при възрастни) се наблюдава намаление в плазмените концентрации на теофилин. Този ефект не е наблюдаван при препоръчителната доза от 10 mg дневно.

5.3. Предклинични данни за безопасност

При неклинични проучвания върху животни са наблюдавани някои ефекти върху фертилитета или развитието на плода (леко намалена фертилност при женски плъхове и по-висока честота на непълна осификация при зайци) при дози, значително надхвърлящи максимално допустимите за човека, което прави тези ефекти незначителни от клинична гледна точка. *Montelukast* преминава през плацентарната бариера и се екскретира в кърмата при животните.

Допълнителните данни от други неклинични проучвания не допринасят нищо към информацията, която е вече дадена в останалите раздели на тази кратка характеристика.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1. Списък на помощните вещества

Целулоза
Манитол (E421)
Кроскармелоза натрий
Ниско-субституирана хидроксипропил целулоза
Черешов аромат
Аспартам (E951)
Червен железен оксид (E172)
Магнезиев стеарат (E572)

6.2. Несъвместимости

Неприложимо

6.3. Срок на годност

2 години

6.4. Специални условия за съхранение

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от светлина.

6.5. Данни за опаковката

Блистери Al:Al (алуминиево фолио)

Размери на опаковката:

Опаковки съдържащи <7, 10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 90, 98, 100, 140, 200> таблетки в блистери
Единични блистери съдържащи <49, 50, 56> таблетки

Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.

6.6. Специални предпазни мерки при изхвърляне/ и работа

Няма специални изисквания.

Неизползваният продукт или отпадъчни материали от него трябва да се изхвърлят съответствие с местните изисквания.



7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Synthon BV
6545 CM Nijmegen
Холандия

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

9. ДАТА НА ПЪРВО РАЗРЕШЕВАНЕ/ ПОДНОВЯВАНЕ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

