

ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

FOSTIMON 75 I.E. Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Eine Durchstechflasche enthält 75 I.E. Urofollitropin (follikelstimulierendes Hormon FSH): 1 ml rekonstituierte Lösung enthält entweder 75 I.E., 150 I.E., 225 I.E., 300 I.E., 375 I.E. oder 450 I.E. Urofollitropin wenn entsprechend 1, 2, 3, 4, 5 oder 6 Durchstechflaschen in 1 ml Lösungsmittel rekonstituiert werden.

Die spezifische *in vivo* Aktivität ist gleich oder besser als 5.000 I.E. FSH pro mg Protein.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung.

Das Pulver ist weiß bis cremefarben, das Lösungsmittel ist klar und farblos.

Andere Darreichungsformen als Ampullen können zur Selbstverabreichung durch die Patienten angesehen werden, zum Beispiel FOSTIMON PFS.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

Sterilität bei Frauen:

- Anovulation (einschließlich polyzytisches Ovarsyndrom, PCOS) bei Frauen, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht angesprochen haben.
- Kontrollierte ovarielle Hyperstimulation zur Induktion der Entwicklung multipler Follikel im Rahmen der Assistierte-Reproduktions-Technik (ART), wie z.B. In-vitro-Fertilisation (IVF), intratubarer Gametentransfer (GIFT) und intratubarer Zygotentransfer (ZIFT).

4.2 Dosierung und Art der Anwendung

Dosierung

Die Behandlung mit FOSTIMON sollte unter der Aufsicht eines Arztes, der in der Behandlung von Fertilitätsstörungen erfahren ist, eingeleitet werden.

Ein einheitliches Dosierungsschema kann aufgrund der großen inter- und intraindividuellen Unterschiede in der Reaktion der Ovarien auf exogen zugeführte Gonadotropine nicht angegeben werden. Deshalb sollte die Dosierung individuell aufgrund der ovariellen Reaktion erfolgen. Dazu sind Ultraschalluntersuchungen und möglicherweise Kontrollen der Östradiolspiegel erforderlich.

- Anovulation (einschließlich PCOS):

Das Ziel der Behandlung mit FOSTIMON ist die Entwicklung eines einzelnen, reifen Graf'schen Follikel, von dem die Eizelle nach Gabe von humanem Choriongonadotropin, (hCG) freigesetzt wird.

FOSTIMON kann als tägliche Injektion appliziert werden. Bei Patientinnen mit Menstruation sollte die Behandlung innerhalb der ersten 7 Tage des Menstruationszyklus beginnen.

Üblicherweise wird die Therapie mit 75 - 150 I.E. FSH/Tag begonnen und kann bei Bedarf um 37,5 I.E. (bis zu 75 I.E.) in 7- oder vorzugsweise 14-tägigen Intervallen gesteigert werden, um ein adäquates, aber nicht überschießendes Ansprechen zu erreichen.

Die Behandlung sollte der individuellen Reaktion der Patientin angepasst werden. Die Beurteilung erfolgt durch die Messung der Follikelgröße im Ultraschall und/oder durch Bestimmung der Östrogenspiegel.

Die tägliche Dosis wird dann so lange beibehalten, bis präovulatorische Bedingungen erreicht sind. Normalerweise genügt eine Behandlungsdauer von 7 bis 14 Tagen zum Erreichen dieses Zustandes.

Die Behandlung mit FOSTIMON wird dann beendet, und die Ovulation kann mit der Gabe von humanem Choriongonadotropin (hCG) ausgelöst werden.

Sofern die Anzahl reagierender Follikel zu hoch ist, oder die Östradiolspiegel zu schnell ansteigen, d.h. wenn mehr als eine tägliche Verdoppelung der Östradiolspiegel an 2 oder 3 aufeinander folgenden Tagen zu beobachten ist, muss die tägliche Dosis reduziert werden. Da Follikel mit mehr als 14 mm Durchmesser zu Schwangerschaften führen könnten, besteht bei Reifung von mehreren Follikeln mit mehr als 14 mm Durchmesser ein Risiko für Mehrlingsschwangerschaften. In diesem Fall sollte kein hCG gegeben werden und eine Schwangerschaft vermieden werden, um eine Mehrlingsschwangerschaft zu verhindern. Zur Schwangerschaftsverhütung sollte die Patientin eine Barrieremethode anwenden oder keinen Geschlechtsverkehr haben bis die nächste Menstruationsblutung begonnen hat (siehe Abschnitt 4.4). Die Behandlung sollte dann im nächsten Behandlungszyklus mit einer niedrigeren Dosis als im vorherigen wieder aufgenommen werden.

Die maximale Tagesdosis sollte üblicherweise 225 I.E. FSH nicht überschreiten.

Wenn die Patientin nach 4-wöchiger Behandlung kein adäquates Ansprechen auf die Therapie zeigt, sollte der Zyklus abgebrochen werden und die Patientin sollte die Behandlung mit einer höheren initialen Dosis als im vorherigen Zyklus wieder aufnehmen.

Nachdem das ideale Ansprechen erreicht wurde, wird 24 bis 48 Stunden nach der letzten FOSTIMON-Injektion eine einzelne Injektion von 5.000 I.E. bis 10.000 I.E. hCG verabreicht.

Der Patientin wird empfohlen am Tag der hCG-Injektion und am darauf folgenden Tag Geschlechtsverkehr zu haben.

Alternativ dazu kann eine intrauterine Insemination durchgeführt werden.

- **Kontrollierte ovarielle Hyperstimulation bei ART**

Eine gängige Behandlung zur Unterdrückung des endogenen LH-Peaks und zur Kontrolle der basalen LH-Spiegel ist die hypophysäre Downregulation mit einem Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten (GnRH-Agonist).

In einem häufig eingesetzten Therapieschema wird mit der Applikation von FOSTIMON etwa 2 Wochen nach dem Start der Agonistentherapie begonnen. Beide Behandlungen werden fortgeführt, bis eine adäquate Follikelentwicklung erzielt ist. Beispielsweise werden nach einer 2-wöchigen hypophysären Downregulierung mit einem Agonisten während der ersten 7 Tage 150-225 I.E. FSH verabreicht. Danach wird die Dosis entsprechend der ovariellen Reaktion der Patientin angepasst.

Ein alternativ verwendetes Therapieschema für die Superovulation ist die Applikation von 150-225 I.E. FSH täglich, beginnend am 2. oder 3. Tag des Zyklus. Die Behandlung wird fortgesetzt, bis eine ausreichende Follikelreifung erzielt ist (überprüft durch Messung der Serum-Östrogenkonzentrationen und/oder Ultraschall). Die Dosis sollte entsprechend des Ansprechens der Patientin angepasst werden (üblicherweise nicht mehr als 450 I.E. täglich). Durchschnittlich wird etwa um den 10. Therapietag (5 bis 20 Tage) die adäquate Follikelentwicklung erreicht.

Nach optimaler Reaktion werden 24 bis 48 Stunden nach der letzten FOSTIMON-Injektion, zur Induktion der endgültigen Follikelreifung, einmalig 5.000 I.E. bis 10.000 I.E. hCG verabreicht.

Die Eizellen werden 34 - 35 Stunden später gewonnen.

Art der Anwendung

FOSTIMON ist für intramuskuläre und subkutane Anwendung vorgesehen.

Das Pulver sollte unmittelbar vor der Anwendung mit dem beigefügten Lösungsmittel aufgelöst werden.

Zur Vermeidung schmerzhafter Injektionen und Wirkstoffverlust durch Austreten von Lösung aus der Injektionsstelle sollte FOSTIMON langsam subkutan injiziert werden. Die subkutane Injektionsstelle sollte zur Vermeidung von Lipoatrophien gewechselt werden. Nichtverwendete Lösung muss verworfen werden.

Die subkutane Injektion kann durch die Patientin selbst erfolgen, vorausgesetzt, dass die Anweisungen und Empfehlungen des Arztes strikt eingehalten werden.

4.3 Gegenanzeigen

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile
- Vergrößerung der Ovarien oder Ovarialzysten, die nicht auf dem polyzystischen Ovarialsyndrom beruhen
- Gynäkologische Blutungen unbekannter Ursache
- Ovarial-, Uterus- oder Brustkarzinome
- Hypophysen- oder Hypothalamustumore

FOSTIMON darf nicht angewendet werden, wenn kein effizientes Ansprechen erreicht werden kann, zum Beispiel bei:

- Primärer Ovarialinsuffizienz
- Missbildungen der Sexualorgane, die eine Schwangerschaft unmöglich machen
- Fibröse Tumoren der Gebärmutter, die eine Schwangerschaft unmöglich machen

4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Die Selbstinjektion von FOSTIMON soll nur von motivierten, geschulten und informierten Patienten durchgeführt werden. Vor der Selbstinjektion muss der Patientin gezeigt werden, wie eine subkutane Injektion durchgeführt wird, wo die Injektion gesetzt werden kann und wie die Injektionslösung vorbereitet werden soll. Die erste Injektion von FOSTIMON muss unter direkter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Insbesondere bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Gonadotropine können anaphylaktische Reaktionen auftreten. Bei diesen Patienten muss die erste FOSTIMON-Injektion von einem Arzt in Einrichtungen, in denen eine Herz-Lungen-Reanimation erfolgen kann, vorgenommen werden.

Bevor mit einer Behandlung begonnen wird, müssen die Ursachen für die Infertilität des Paares genau abgeklärt werden und mögliche Kontraindikationen für eine Schwangerschaft festgestellt sein. Insbesondere müssen die Patientinnen auf Hypothyreose, Nebennierenrindeninsuffizienz, Hyperprolaktinämie und Tumoren der Hypophyse und des Hypothalamus untersucht und entsprechend behandelt werden.

Mehrlingsschwangerschaften

Bei Patientinnen, die sich einer ART unterziehen, steht das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft hauptsächlich mit der Anzahl der übertragenen Embryonen im Zusammenhang. Bei Patientinnen, die sich einer Ovulationsinduktionsbehandlung unterziehen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft und -geburt im Vergleich zur natürlichen Konzeption erhöht. Bei den meisten Mehrlingsschwangerschaften handelt es sich um Zwillinge. Um das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft zu minimieren, wird die sorgfältige Überwachung der ovariellen Reaktion empfohlen.

Unerwünschte Überstimulation der Ovarien

Vor und in regelmäßigen Abständen während der Behandlung der Patientinnen sollen die Follikelentwicklung durch Ultraschalluntersuchungen überwacht und die Östradiolspiegel bestimmt werden. Neben der Entwicklung einer großen Anzahl von Follikeln können die Östradiolspiegel unter Umständen sehr rasch ansteigen, z. B. sich an 2 bis 3 aufeinander folgenden Tagen täglich mehr als verdoppeln und möglicherweise sehr hohe Werte erreichen. Eine Überstimulation der Ovarien kann mittels Ultraschalluntersuchung

diagnostisch abgeklärt werden. Bei Auftreten dieser unerwünschten ovariellen Überstimulation (d.h. nicht im Rahmen der kontrollierten ovariellen Überstimulation bei der assistierten Reproduktion) sollte die Gabe von FOSTIMON eingestellt werden. In diesem Fall soll eine Schwangerschaft vermieden werden, und es darf kein hCG gegeben werden, da dies neben multiplen Ovulationen ein ovarielles Hyperstimulationssyndrom (OHSS) hervorrufen kann. Klinische Symptome und Anzeichen eines leichten ovariellen Hyperstimulationssyndroms sind Unterleibsschmerzen, Übelkeit, Durchfall und geringe bis mäßige Vergrößerung der Ovarien und Ovarialzysten. In seltenen Fällen tritt ein schweres ovarielles Hyperstimulationssyndrom auf, welches lebensbedrohlich sein kann. Dieses ist durch große Ovarialzysten (Gefahr der Ruptur), Aszites, häufig Hydrothorax und Gewichtszunahme gekennzeichnet. In seltenen Fällen können venöse oder arterielle Thromboembolien im Zusammenhang mit einem OHSS auftreten (siehe Abschnitt 4.8).

Fehlgeburten

Die Häufigkeit von spontanen Fehlgeburten ist bei Patientinnen, die mit FSH behandelt werden, höher als bei der Durchschnittsbevölkerung, sie ist aber vergleichbar mit der Häufigkeit bei Frauen mit anderen Fertilitätsstörungen.

Ektope Schwangerschaften

Da unfruchtbare Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, im Speziellen einer IVF, oft Eileiteranomalien haben, kann die Häufigkeit von ektopen Schwangerschaften erhöht sein. Deshalb ist es wichtig, so früh wie möglich sonographisch festzustellen, ob eine intrauterine Schwangerschaft vorliegt.

Neoplasmen der Fortpflanzungsorgane

Es gibt Berichte über ovarielle Neoplasmen sowie andere Neoplasmen des Reproduktionssystems, sowohl benigne als auch maligne, bei Frauen, die sich zur Behandlung ihrer Infertilität einer Mehrfachmedikation unterzogen haben. Es ist nicht eindeutig bewiesen, ob die Behandlung mit Gonadotropinen das grundsätzliche Risiko für diese Tumoren bei infertilen Frauen erhöht.

Kongenitale Missbildungen

Die Häufigkeit kongenitaler Missbildungen nach ART könnte etwas höher liegen als nach spontaner Empfängnis. Es wird angenommen, dass dies auf eine unterschiedliche Vorbelastung der Eltern (z. B. Alter der Mutter, Eigenschaften der Spermien) und Mehrlingsschwangerschaften zurückzuführen ist.

Thromboembolische Ereignisse

Frauen mit allgemein bekannten Risikofaktoren für Thrombosen, wie eine entsprechende persönliche oder familiäre Historie, starkes Übergewicht (Body Mass Index $>30 \text{ kg/m}^2$) oder bekannte Thromboseneigung, können ein erhöhtes Risiko für venöse oder arterielle thromboembolische Ereignisse während oder nach der Behandlung mit Gonadotropinen aufweisen.

Bei diesen Frauen muss der Nutzen einer Gonadotropingabe gegen die Risiken abgewogen werden (siehe Abschnitt 4.8).

Infektionskrankheiten

Bei der Anwendung von Arzneimitteln, die aus humanem Urin hergestellt werden, kann das Risiko einer Übertragung von Infektionserregern nicht völlig ausgeschlossen werden.

Dies gilt ebenso für unbekannte oder neu auftretende Viren und andere pathogene Erreger.

Dieses Risiko wird jedoch durch die Extraktions- und Reinigungsprozesse reduziert, welche Virusinaktivierungs- und -eliminierungsschritte einschließen. Dieser Prozess wurde durch den Einsatz von Standardviren, insbesondere des HIV-, Herpes- und Papillomvirus, validiert.

Die klinische Erfahrung mit Follitropinprodukten ist beruhigend, da es bislang im Zusammenhang mit der Gabe von aus menschlichem Urin gewonnenen Gonadotropinen zu keiner Virusübertragung gekommen ist.

Dieses Arzneimittel enthält Natrium, aber weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium pro Dosis, d.h., es ist nahezu „natriumfrei“.

4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen

Es wurden keine Studien zur Erfassung von Wechselwirkungen von FOSTIMON beim Menschen durchgeführt. Obwohl keine klinischen Erfahrungen vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass die gleichzeitige Anwendung von FOSTIMON mit Clomifencitrat die folliculäre Reaktion verstärken kann.

4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit

Schwangerschaft

FOSTIMON ist während der Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert.

Nach kontrollierter Ovarialstimulation unter klinischer Anwendung von urinären Gonadotropinen wurde bisher über kein teratogenes Risiko berichtet. Bislang liegen keine weiteren relevanten epidemiologischen Daten vor.

In Tierversuchen wurden keine teratogenen Effekte beobachtet.

Stillzeit

Während der Stillzeit kann die Ausschüttung von Prolaktin ein schlechtes Ansprechen für die Ovarialstimulation mit sich bringen.

4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen

Es wurden keine Studien zu den Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen durchgeführt.

Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass FOSTIMON einen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit der Patienten und das Bedienen von Maschinen hat.

4.8 Nebenwirkungen

In der nachfolgenden Tabelle sind Nebenwirkungen, die in klinischen Studien zu FOSTIMON auftraten, geordnet nach Systemorganklasse und Häufigkeit aufgelistet. Die meisten Nebenwirkungen waren von leichter bis mittelschwerer Ausprägung.

Innerhalb jeder Systemorganklasse werden bei der Bewertung der Nebenwirkungen folgende Häufigkeitsangaben zu Grunde gelegt, wobei die häufigsten Nebenwirkungen zuerst genannt werden:

Sehr häufig ($\geq 1/10$); häufig ($\geq 1/100$, $< 1/10$); gelegentlich ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$); selten ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); sehr selten ($< 1/10.000$); nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar).

Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppe werden die Nebenwirkungen nach abnehmender Schwere gelistet.

Sonstige Nebenwirkungen, die bei der Anwendung von Gonadotropinen wie FSH auftreten können, siehe Abschnitt 4.4.

Systemorganklasse gemäß MedDRA	Häufigkeit	Nebenwirkungen (bevorzugte Bezeichnung gemäß MedDRA)
Endokrine Erkrankungen	Gelegentlich	Hyperthyreose
Psychiatrische Erkrankungen	Gelegentlich	Stimmungsschwankungen
Erkrankungen des Nervensystems	Häufig	Kopfschmerzen
	Gelegentlich	Lethargie, Schwindel
Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums	Gelegentlich	Atemnot, Nasenbluten
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	Häufig	Verstopfung Blähungen
	Gelegentlich	Übelkeit Bauchschmerzen Verdauungsstörungen
Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes	Gelegentlich	Erythem Pruritus
Erkrankungen der Nieren und Harnwege	Gelegentlich	Blasenentzündung

Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse	Häufig	Ovarielles Hyperstimulationssyndrom
	Gelegentlich	Schwellung der Brüste Schmerzhaftigkeit der Brüste Hitzewallungen
Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort	Häufig	Schmerzen
	Gelegentlich	Müdigkeit
Untersuchungen	Gelegentlich	Verlängerte Blutungszeit

In seltenen Fällen wurden lokale Reaktionen an der Einstichstelle (Schmerz, Rötung, Hämatome) beobachtet.

In seltenen Fällen wurden arterielle und venöse Thromboembolien mit einer Behandlung mit humanen Menotropinen/Choriongonadotropinen in Verbindung gebracht.

Die Häufigkeit von Fehlgeburten bei Behandlung mit Gonadotropinen ist vergleichbar mit der Häufigkeit bei Frauen mit anderen Fertilitätsstörungen. Es wurde ein leicht erhöhtes Risiko für ektopische Schwangerschaft und Mehrlingsschwangerschaften beobachtet.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das folgende aufgeführte nationale Meldesystem anzuzeigen:

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
 Traisengasse 5
 A-1200 WIEN
 Fax: + 43 (0) 50 555 36207
 Website: <http://www.basg.gv.at/>

4.9 Überdosierung

Zur akuten Toxizität von FSH beim Menschen liegen keine Daten vor. Im Tierversuch war die akute Toxizität von urinären Gonadotropinen sehr gering. Überhöhte Dosen von FSH können zu einer Überstimulation der Ovarien führen (siehe Abschnitt 4.4).

5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN

5.1. Pharmakodynamische Eigenschaften

Pharmakotherapeutische Gruppe:

Gonadotropine.

ATC-Code: G03GA04

Der Wirkstoff von FOSTIMON ist hochgereinigtes follikelstimulierendes Hormon (FSH), das aus humanem menopausalen Gonadotropin (HMG) gewonnen wird. Die Hauptwirkung einer FSH-Injektion ist die Entwicklung und Reifung Graaf'scher Follikel.

5.2. Pharmakokinetische Eigenschaften

Nach subkutaner Injektion von 300 I.E. von FOSTIMON, beträgt C_{\max} $5,74 \pm 0,95$ I.E./l, und T_{\max} ist $21,33 \pm 9,18$ Stunden. $AUC_{0-\infty}$ ist $541,22 \pm 113,83$ I.E./l \times Stunde, - also ungefähr das Doppelte des in der Literatur beschriebenen Wertes nach intramuskulärer Gabe von 150 I.E. FSH: $258,6 \pm 47,9$ I.E./lxStunde (Messung des plasmatischen Gehalts an FSH durch RIA Assays).

Die Eliminationshalbwertszeit beträgt etwa 50 Stunden.

Der Literatur ist zu entnehmen, dass nach intramuskulärer Injektion die absolute Bioverfügbarkeit von FSH etwa 70% beträgt.

Die Pharmakokinetik von FSH bei Patienten mit Nieren- oder Leberfunktionsstörungen wurde nicht untersucht.

5.3. Präklinische Daten zur Sicherheit

Basierend auf den konventionellen Studien zur Toxizität bei wiederholter Gabe von rekombinantem FSH lassen die präklinischen Daten keine besonderen Gefahren für den Menschen erkennen.

Der Ames-Test zeigte keine mutagene Wirkung von FSH.

Es wurde keine Studien zur Kanzerogenität durchgeführt.

In einer Fertilitätsstudie hatten hohe Dosen von rekombinantem FSH ausgeprägte pharmakologische Wirkungen auf die Ovarien und andere Genitalorgane, was bei der Ratte und beim Kaninchen zu einer eingeschränkten Fertilität und erhöhten embryofetalen Mortalität führte.

FOSTIMON war in einer bei Kaninchen durchgeführten Untersuchung nach subkutaner Gabe lokal gut verträglich.

6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN

6.1 Liste der sonstigen Bestandteile

Pulver: Lactose-Monohydrat

Lösungsmittel: Natriumchlorid und Wasser für Injektionszwecke

6.2 Inkompatibilitäten

Da keine Kompatibilitätsstudien durchgeführt wurden, darf dieses Arzneimittel nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt werden.

6.3 Dauer der Haltbarkeit

2 Jahre

Nach Rekonstitution wird der sofortige Gebrauch empfohlen.

6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung

Nicht über 25 °C lagern. Durchstechflasche und Ampulle im Umkarton aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen.

6.5 Art und Inhalt des Behältnisses

Pulver in einer Durchstechflasche (Glas Typ I) mit Gummistopfen (Bromobutyl), mit einer Versiegelung (Aluminium) und einer Flip-Off-Kappe (Plastik) + 1 ml Lösungsmittel in einer Ampulle (Glas Typ I); Packungsgrößen 1, 5 und 10 Sets.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung

Die Lösung muss unmittelbar vor der Injektion vorbereitet werden.

Eine Durchstechflasche ist nur für den einmaligen Gebrauch vorgesehen. Das Arzneimittel muss unter aseptischen Bedingungen rekonstituiert werden.

FOSTIMON darf nur mit dem in der Packung beigelegten Lösungsmittel rekonstituiert werden.

Vor Beginn der Rekonstitution sollte eine saubere Oberfläche vorbereitet und die Hände sollten als erstes gewaschen werden.

Folgende Utensilien sollten auf der gereinigten Fläche bereitgelegt werden:

- zwei Alkoholtupfer aus Baumwolle (werden nicht mitgeliefert)
- eine Durchstechflasche mit FOSTIMON Pulver
- eine Ampulle mit Lösungsmittel
- eine Spritze (wird nicht mitgeliefert)

- eine Nadel zur Vorbereitung der Injektion (wird nicht mitgeliefert)
- eine dünne Nadel für die subkutane Injektion (wird nicht mitgeliefert)

Es ist sowohl eine intramuskuläre als auch eine subkutane Art der Verabreichung möglich. Falls die intramuskuläre Anwendung bevorzugt wird müssen hierfür geeignete Nadeln verschrieben werden.

Rekonstitution der Injektionslösung unter Verwendung von 1 Pulverdurchstechflasche.

1 – Öffnen Sie die Lösungsmittelampulle. Sie enthält eine klare Flüssigkeit.

An der Spitze der Lösungsmittelampulle befindet sich eine farbige Markierung.

Der Ampullenhals ist so konstruiert, dass er an dieser Stelle leichter bricht. Tippen Sie sanft gegen den oberen Teil der Ampulle, um in der Spitze befindliche Flüssigkeit zu lösen. Halten Sie die Ampulle am Ober- und Unterteil fest und brechen Sie diese an der Farbmarkierung am Hals auf. Stellen sie die geöffnete Ampulle vorsichtig auf die Arbeitsfläche.

Entnahme des Lösungsmittels:

Setzen Sie die Nadel zur Rekonstitution (lange Nadel) auf die Spritze. Während Sie die Spritze in einer Hand halten, nehmen Sie die geöffnete Lösungsmittelampulle, führen Sie die Nadel hinein und ziehen Sie das gesamte Lösungsmittel auf. Legen Sie die Spritze sehr vorsichtig auf die Arbeitsfläche und vermeiden Sie die Nadel zu berühren.

Vorbereitung der Injektionslösung:

2 – Entfernen Sie die farbige Plastikkappe von der Pulverdurchstechflasche, indem Sie diese leicht nach oben drücken. Desinfizieren Sie die Oberfläche des Gummistopfens durch Abwischen mit einem alkoholgetränkten Baumwolltupfer. Lassen Sie sie trocknen.

3 – Nehmen Sie die Spritze, entfernen Sie den Nadelschutz und injizieren Sie das Lösungsmittel langsam durch die Mitte der Oberfläche des Gummistopfens in die Pulverdurchstechflasche. Drücken Sie den Kolben fest nach unten und spritzen Sie die ganze Lösung auf das Pulver. Nicht schütteln, sondern rollen Sie die Durchstechflasche sanft zwischen den Händen, bis das Pulver sich vollständig aufgelöst hat, und vermeiden Sie, dass sich Schaum bildet.

4 – Sobald das Pulver aufgelöst ist (was im Allgemeinen sofort der Fall ist), ziehen Sie die Lösung langsam in die Spritze auf:

- Drehen Sie die Durchstechflasche mit der noch eingeführten Nadel auf den Kopf.
- Vergewissern Sie sich, dass sich die Nadelspitze unter dem Flüssigkeitsspiegel befindet.
- Ziehen Sie sanft an dem Kolben, um die ganze Lösung in die Spritze aufzuziehen.
- Prüfen Sie, dass die rekonstituierte Lösung klar und farblos ist.

Zubereitung von höheren Dosierungen unter Verwendung von mehr als einer Pulverdurchstechflasche

Wenn Sie mehr als eine Durchstechflasche FOSTIMON rekonstituieren, ziehen Sie am Ende von Schritt 4 oben den rekonstituierten Inhalt der ersten Durchstechflasche in die Spritze und injizieren ihn langsam in eine zweite Durchstechflasche. Wiederholen Sie die Schritte 2-4 für die zweite und folgende Durchstechflaschen, solange bis die Inhalte der erforderlichen Anzahl von Durchstechflaschen entsprechend der verordneten Dosis aufgelöst sind (innerhalb des Limits der maximalen Gesamtdosierung von 450 I.E, welches maximal 6 Durchstechflaschen von FOSTIMON 75 I.E. oder maximal 3 Durchstechflaschen von FOSTIMON 150 I.E. entspricht).

Die Lösung muss klar und farblos sein.

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen (sobald die Injektion beendet ist, sollten alle Nadeln und leeren Ampullen in einem geeigneten Container entsorgt werden).

7. INHABER DER ZULASSUNG

Pharmazeutischer Unternehmer:

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia 2, 26900 Lodi, Italien

8. ZULASSUNGSNUMMER(N)

Z.Nr.: 1-26655

9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

Datum der Erteilung der Zulassung: 24. August 2006

Datum der Verlängerung der Zulassung: Jänner 2016

10. STAND DER INFORMATION

27.06.2021

Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht

Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten