

آسیترتین - کپسول های 10 میلی گرم و 25 میلی گرم

برای استفاده پزشکان و کادر درمان

ترکیبات: هر کپسول حاوی 10 میلی گرم و یا 25 میلی گرم آسیترتین می باشد

شکل دارویی: کپسول خوراکی

مشخصات بالینی:

مصارف درمانی:

-پسوریازیس گسترده شدید که به سایر روش های درمانی مقاوم است.

-پسوریازیس پوسچولار کف دست و پا.

-ایکتیوز مادرزادی شدید.

-بیماری شدید داریر (کراتوز فولیکولاریس).

مقدار و نحوه مصرف: آسیترتین باید فقط توسط

پزشکانی که در زمینه استفاده از رتینوئیدهای

سیستمیک تجربه دارند و با خطرات ناشی از

تراژوژنیسیته مرتبط با درمان آسیترتین آشنا

هستند، تجویز شود. کپسول ها باید یک بار در روز

همراه با غذا یا شیر مصرف شوند. جذب و میزان

متابولیسم آسیترتین بسیار متغیر است. این امر لزوم

تنظیم دوز برای هر بیمار را ایجاب می کند.

بنابراین، توصیه های زیر در مورد دوز فقط یک

راهنمایی کلی است.

بزرگسالان: دوز اولیه روزانه باید 25 تا 30 میلی

گرم به مدت 2 تا 4 هفته باشد.

پس از این دوره درمان اولیه، نواحی درگیر پوست

باید واکنش قابل توجهی نشان دهند و یا عوارض

جانبی باید آشکار شود. پس از ارزیابی دوره درمان

اولیه، ممکن است لازم باشد دوز را برای دستیابی

به پاسخ درمانی مطلوب با حداقل عوارض جانبی،

افزایش یا کاهش داد. به طور کلی، دوز روزانه 25

تا 50 میلی گرم به مدت 6 تا 8 هفته دیگر، بهترین

نتایج درمانی را منجر می شود. با این حال، در برخی

موارد ممکن است لازم باشد دوز را تا حداکثر 75

میلی گرم در روز افزایش داد. در بیماران مبتلا به

بیماری داریر، شروع با دوز 10 میلی گرم ممکن

است مناسب باشد. دوز باید با احتیاط افزایش یابد،

زیرا ممکن است واکنش های ایزومورفیک رخ دهد.

درمان می تواند در بیماران مبتلا به پسوریازیس که

ضایعات آنها بطور قابل قبولی بهبود یافته است،

قطع شود. عود بیماری باید مطابق با موارد ذکر شده

در بالا درمان شود. بیماران مبتلا به ایکتیوز

مادرزادی شدید و بیماری شدید داریر ممکن است

به درمان بیش از 3 ماه نیاز داشته باشند. کمترین

دوز موثر که از 50 میلی گرم در روز بیشتر نباشد،

باید تجویز شود.

مصرف مداوم بیش از 6 ماه ممنوع است، زیرا

اطلاعات بالینی محدودی در مورد بیماران درمان

شده در این مدت زمان در دسترس می باشد.

سالمندان: توصیه های دوز مصرفی برای سالمنندان

مانند سایر بزرگسالان است.

کودکان: با توجه به احتمال عوارض جانبی شدید

در ارتباط با درمان طولانی مدت، آسیترتین در

کودکان ممنوع است، مگر اینکه بسته به نظر

پزشک، منافع آن به طور قابل توجهی از مضرات آن

بیشتر باشد. تعیین دوز باید بر اساس وزن بدن

انجام شود. دوز توصیه شده، روزانه حدود 0.5

میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار است. در

برخی موارد ممکن است دوزهای بالاتر (تا 1

میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز) برای

دوره های محدود لازم باشد، اما تا حداکثر 35

میلی گرم در روز. با توجه به احتمال عوارض جانبی

طولانی مدت، دوز نگهدارنده باید تا حد امکان پایین

نگه داشته شود.

درمان ترکیبی: معمولاً باید سایر درمان های

پوستی، به ویژه کراتولیتیک ها، قبل از شروع

آسیترتین متوقف شوند. با این حال، در صورت لزوم

می توان از کورتیکواستروئیدهای موضعی یا

پمادهای نرم کننده استفاده کرد.

هنگامی که آسیترتین در ترکیب با سایر درمان ها

استفاده شود، بسته به پاسخ بیمار، امکان کاهش

دوز آسیترتین وجود دارد.

روش مصرف: کپسول های آسیترتین برای مصرف

خوراکی هستند.

موارد منع مصرف: حساسیت بیش از حد به ماده

موثره، سایر رتینوئیدها یا هر یک از اجزای تشکیل

دهنده دارو

آسیترتین بسیار تراژوژن است و نباید توسط زنان

باردار مصرف شود. همچنین زنان در سنین باروری

باید 4 هفته قبل از شروع درمان با آسیترتین، در

طول آن و همچنین 3 سال پس از پایان درمان

روش های پیشگیری از بارداری سختگیرانه ای را

مورد استفاده قرار دهند.

استفاده از آسیترتین در زنان شیرده ممنوع است.

آسیترتین در بیماران با نارسایی شدید کبدی یا

کلیوی و بیماران با چربی خون بالای مزمن ممنوع

است.

از آنجا که هم آسیترتین و هم تتراسایکلین ها می

توانند باعث افزایش فشار داخل جمجمه شوند،

استفاده ترکیبی آنها ممنوع است. لذا درمان تکمیلی

با آنتی بیوتیک های خانواده تتراسایکلین ها ممنوع

است.

خطر افزایش بروز هیپاتیت به دنبال مصرف همزمان

متوترکسات و اتریتینات گزارش شده است. بنابراین،

مصرف همزمان متوترکسات و آسیترتین ممنوع

است.

مصرف همزمان آسیترتین با سایر رتینوئیدها یا

ویتامین A به دلیل خطر هایپرویتامینوز A ممنوع

است.

به دلیل وجود گلوکز، بیماران مبتلا به اختلال نادر

جذب گلوکز-گالاکتوز نباید این دارو را مصرف

کنند.

هشدارها و احتیاطات ویژه مصرف: پزشک باید

اطلاعات کامل در مورد خطر تراژوژنیسیته و

اقدامات سختگیرانه پیشگیری از بارداری را به

تمامی بیماران اعم از زن و مرد، ارائه دهد.

شواهد بالینی نشان داده است که مصرف همزمان

آسیترتین و الکل باعث تشکیل اتریتینات می شود.

اتریتینات بسیار تراژوژن است و نیمه عمر طولانی

تری (حدود 120 روز) نسبت به آسیترتین دارد.

زنان در سن باروری نباید در طول درمان با

آسیترتین و 2 ماه پس از قطع درمان، الکل (در

نوشیدنی ها، غذا یا داروها) مصرف کنند. اقدامات پیشگیری از بارداری و آزمایش های بارداری نیز باید تا 3 سال پس از اتمام درمان با آسیترتین انجام شود.

زنان در سن باروری نباید از بیماران تحت درمان با آسیترتین خون دریافت کنند. بنابراین، اهدای خون توسط بیماری که با آسیترتین درمان می شود در طول درمان و تا 3 سال پس از اتمام آن ممنوع است.

به دلیل خطر ناهنجاری های جنینی، به بیماران توصیه شود به هیچ عنوان داروی خود را به اشخاص دیگر پیشنهاد نکنند. محصولات استفاده نشده یا منقضی شده باید برای امحاء به داروخانه بازگردانده شوند.

عملکرد کبدی بیمار باید قبل از شروع درمان با آسیترتین، سپس هر 1 تا 2 هفته در 2 ماه اول پس از شروع و پس از آن هر 3 ماه یکبار در طول درمان بررسی شود. در صورت بدست آمدن نتایج غیر طبیعی بررسی هفتگی باید صورت گیرد. اگر عملکرد کبدی به حالت طبیعی بازنگشت یا تشدید شد، آسیترتین باید قطع شود. در چنین مواردی، توصیه می شود پایش عملکرد کبدی حداقل به مدت 3 ماه ادامه یابد. کلسترو و تری گلیسیرید سرم (مقادیر ناشتا) باید قبل از شروع درمان، یک ماه پس از شروع و سپس هر 3 ماه یکبار در طول درمان کنترل شوند.

کاهش بینایی شبانه در ارتباط با درمان آسیترتین گزارش شده است. باید به بیماران در مورد این مشکل احتمالی هشدار داده شود و آنها را از رانندگی یا کار با وسایل نقلیه در شب برحذر داشت. مشکلات بینایی باید به دقت پایش شوند.

موارد نادری از فشار داخل جمجمه خوش خیم گزارش شده است. بیمارانی که دچار سردرد شدید، تهوع، استفراغ و اختلالات بینایی می شوند باید درمان با آسیترتین را فوراً قطع کنند و برای ارزیابی و مراقبت های نورولوژیک ارجاع داده شوند.

در بزرگسالان، به ویژه سالمندان تحت درمان طولانی مدت با آسیترتین، باید به صورت دوره ای معاینات مناسب با توجه به احتمال ناهنجاری های استخوانی انجام شود. هر بیماری که در طول درمان با آسیترتین از علائم غیرعادی عضلانی-اسکلتی شکایت کند، باید به سرعت و به طور کامل برای رد کردن احتمال تغییرات استخوانی ناشی از آسیترتین بررسی شود. اگر تغییرات استخوانی یا مفصلی با اهمیت بالینی یافت شد، باید درمان با آسیترتین قطع گردد.

جمعیت کودکان: از آنجا که گزارش هایی از تغییرات استخوانی در کودکان پس از درمان طولانی مدت با اترتینات، از جمله بسته شدن زودرس اپی فیز، هایپرآستئوز اسکلتی و کلسیفیکاسیون خارج استخوانی وجود داشته است، این عوارض برای آسیترتین نیز انتظار می رود. بنابراین، درمان با آسیترتین در کودکان توصیه نمی شود. اگر در شرایط استثنایی چنین درمانی انجام شود، باید کودک از نظر هرگونه ناهنجاری در تکامل عضلانی-اسکلتی و پارامترهای رشد و تکامل استخوان به دقت پایش شود.

باید تأکید کرد که در حال حاضر، تمامی عوارض مصرف طولانی مدت آسیترتین شناخته شده نیست.

اثرات نور ماوراء بنفش توسط درمان رتینوئیدی تشدید می شوند. بنابراین، بیماران باید از قرار

گرفتن بیش از حد در معرض نور خورشید و استفاده بدون نظارت از لامپ های آفتاب [یا سولار] خودداری کنند. در صورت لزوم، باید از یک محصول ضدآفتاب با فاکتور محافظت بالای حداقل SPF 15 استفاده کنند.

بیماران پرخطر: در بیماران مبتلا به دیابت، الکلیسم، چاقی، عوامل خطر قلبی عروقی یا اختلال در متابولیسم چربی که تحت درمان با آسیترتین هستند، چک کردن مقادیر سرمی چربی ها، شاخص گلیسمی و سایر شاخص های خطر قلبی عروقی مانند فشار خون باید با فرکانس بیشتری انجام شود. در بیماران دیابتی، رتینوئیدها می توانند تحمل گلوکز را بهتر یا بدتر کنند.

بنابراین، باید در مراحل اولیه درمان، دفعات پایش میزان قند خون بیش از حالت معمول باشد.

برای تمام بیماران پرخطر که شاخص های خطر قلبی عروقی آنها به حالت طبیعی برگردد یا تشدید یابد، باید کاهش دوز یا قطع آسیترتین در نظر گرفته شود.

در بیماران دیابتی، رتینوئیدها می توانند تحمل گلوکز را تغییر دهند. بنابراین، در ابتدای دوره درمان، باید قند خون بیش از حالت معمول چک شود. موارد بسیار نادری از سندرم نشت مویرگی/سندرم اسید رتینوئیک و نیز درماتیت اگزوفولیاتیو در مطالعات پست مارکتینگ گزارش شده است.

آسیترتین باید تنها توسط پزشکانی که در استفاده از رتینوئیدهای سیستمیک تجربه دارند و با خطر تراوتوئیسیته مرتبط با درمان آسیترتین آشنا هستند، تجویز شود.

آسیترتین به شدت تراوتوزن است. اگر آسیترتین قبل یا در طول بارداری مصرف شود، صرف نظر از مدت زمان یا دوز مصرف، خطر به دنیا آوردن کودک دچار نقص عضو بسیار بالا است. قرار گرفتن جنین در معرض آسیترتین همیشه خطر ناهنجاری مادرزادی را به همراه دارد.

روش اصلی پیشگیری از بارداری یک محصول ترکیبی هورمونی ضدبارداری یا یک دیوایس داخل رحمی است و توصیه می شود که از کانوم یا دیافراگم (کلاهمک) نیز استفاده شود. محصولات پروژسترون با دوز پایین (مانند مینی پیل) به دلیل احتمال تداخل با اثر ضد بارداری آنها توصیه نمی شوند.

نشان داده شده است که آسیترتین در دوزهای بالاتر از دوزهای توصیه شده برای انسان، در حیوانات بر استخوان های دیافیزی و اسفنجی تأثیر نامطلوب دارد. از آنجایی که هایپرآستئوزیس اسکلتی و کلسیفیکاسیون خارج استخوانی پس از درمان طولانی مدت با اترتینات در انسان گزارش شده است، باید این اثر را در درمان با آسیترتین نیز انتظار داشت.

باید به بیماران در مورد احتمال ریزش مو هشدار داده شود. درمان با دوز بالای رتینوئیدها می تواند باعث تغییرات خلقی از جمله تحریک پذیری، پرخاشگری و افسردگی شود.

تداخل با سایر داروها: همانند سایر رتینوئیدها، درمان با آسیترتین با هپاتوتوکسیسیته، افزایش فشار داخل جمجمه، تغییرات در تحمل گلوکز و حساسیت به نور مرتبط بوده است. مصرف همزمان رتینوئیدها با سایر درمان های دارای عوارض جانبی مشابه می تواند خطر این عوارض نامطلوب را

افزایش دهد. برخی تداخلات دارویی در تجربه بالینی مشاهده شده است که در آن بیماران داروهای دیگری را همراه با آسیترتین دریافت کرده اند. چند مثال عبارتند از:

تتراسایکلین (افزایش حساسیت به نور، شبه تومور مغزی)، مینوسایکلین (شبه تومور مغزی)، الکل (افزایش تبدیل به اترتینات، هپاتوتوکسیسیته) و سایر رتینوئیدها یا مکمل های ویتامین A بیش از حداقل نیاز روزانه (هایپرویتامینوز A).

سایر داروهای درمانی که ممکن است با آسیترتین تداخل داشته باشند و باید به دقت پایش شوند شامل داروهای ضد دیابت (تغییرات در قند خون)، کورتیکواستروئیدها (هایپرلیپیدمی، شبه تومور مغزی) و متوترکسات (افزایش سطح متوترکسات، هپاتوتوکسیسیته) می باشند. علاوه بر این، نشان داده شده است که آسیترتین ممکن است با اثر ضدبارداری قرص های پروژسترونی میکرودوز (مانند مینی پیل) تداخل داشته باشد و در یک بیمار با افزایش قابل توجه سطح سرمی پروژسترون همراه بود که موجب قطع درمان با آسیترتین شد. با این حال، در تحقیقی مشابه، نشان داده شد که آسیترتین با اثر ضد تخمک گذاری ترکیبات استروژن-پروژسترون حتی پس از یک دوره طولانی مصرف تداخل ندارد. در طول درمان با رتینوئیدها باید از قرار گرفتن بیش از حد در معرض نور خورشید یا لامپ های آفتاب [یا سولار] پرهیز شود زیرا حساسیت به نور افزایش می یابد.

تداخلات دارویی جدی (سورباتان*اکتاویس، مونوگراف محصول، Ormerod, 2014 و همکاران، 2010):

ویتامین A/رتینوئیدها: مصرف همزمان آسیترتین و ویتامین A و سایر رتینوئیدهای سیستمیک باید به دلیل افزایش خطر عوارض سمی احتمالی و افزایش خطر هایپرویتامینوز A اجتناب شود. **متوترکسات:** تجویز همزمان آسیترتین و متوترکسات ممنوع است زیرا گزارش شده که این ترکیب خطر هیپاتیت را افزایش می دهد. **تتراسایکلین:** استفاده ترکیبی آسیترتین و تتراسایکلین ها ممنوع است زیرا هر دو می توانند باعث افزایش فشار داخل جمجمه شوند. **الکل:** شواهد بالینی نشان داده است که اترتینات (پیش ساز آسیترتین) می تواند با مصرف همزمان آسیترتین و الکل تشکیل شود.

علاوه بر تداخلات دارویی که به عنوان موارد جدی ذکر شد، تداخلات دارویی زیر نیز قابل ملاحظه است:

قرص های ضدبارداری خوراکی: محصولات پروژسترونی با دوز پایین (مانند مینی پیل) ممکن است روش ضدبارداری نامناسبی در طول درمان با آسیترتین باشند و به دلیل تداخلات احتمالی با اثر ضدبارداری آن ها، توصیه نمی شوند.

فنی توئین: اگر آسیترتین همزمان با فنی توئین تجویز شود، باید به خاطر داشت که آسیترتین اتصال پروتئینی فنی توئین را تا حدی کاهش می دهد. اهمیت بالینی این موضوع ناشناخته است. بنابراین، هنگام استفاده توأم از این دو دارو باید احتیاط کرد.

سولفونیل اوره (گلیبوراید): اطلاعات محدود نشان می دهد که درمان با آسیترتین یا حساسیت به انسولین را به طور مستقیم افزایش داده و یا با

گلیبوراید تداخل پیدا کرده است. نظارت دقیق بر بیماران دیابتی تحت درمان با آسیترتین توصیه می شود.

وارفارین: بررسی اثر آسیترتین بر اتصال پروتئینی آنتی کوآگولانت های از نوع کومارین (وارفارین) تداخلی را نشان نداده است.

فن پروکومون: مصرف همزمان فن پروکومون و آسیترتین اثر هیپوترومبومیک فن پروکومون یا کیفیت توزیع پلاسمایی آسیترتین را تغییر نمی دهد.

دیگوسین: فارماکوکینتیک آسیترتین و دیگوسین توسط رژیم های همزمان این دو دارو تغییر نمی کند.

سایمتیدین: مصرف همزمان سایمتیدین فراهمی زیستی خوراکی آسیترتین یا ایزومریزاسیون به فرم **13-cis** آن را تغییر نمی دهد. دوزهای خوراکی تک دوز آسیترتین غلظت پلاسمایی پایدار یا کلیرانس کلیوی سایمتیدین را تغییر نمی دهد.

بارداری و شیردهی

بارداری: آسیترتین در زنان باردار ممنوع است. **شیردهی:** آسیترتین نباید به مادران شیرده تجویز شود.

عوارض نامطلوب: عوارض نامطلوب در اکثر بیماران دریافت کننده آسیترتین دیده می شود. اما دوز سمی آسیترتین نزدیک به دوز درمانی است و اکثر بیماران در دوره اولیه تنظیم دوز، برخی عوارض جانبی را تجربه می کنند. این عوارض معمولاً با کاهش دوز یا قطع درمان برگشت پذیر است.

پوست و غشاهای مخاطی بیشترین تاثیر را می پذیرند و توصیه می شود قبل از شروع درمان به بیماران اطلاع داده شود. گاهی اوقات در ابتدای دوره درمان، علائم پسوریازیس بدتر می شود.

شایع ترین عارضه نامطلوب مشاهده شده، علائم هایپرویتامینوز A مانند خشکی لب هاست که می تواند با استفاده از پماد چرب تسکین یابد.

کودکان: گزارش هایی از تغییرات استخوانی در کودکان پس از درمان طولانی مدت با اترتینات وجود داشته است، از جمله بسته شدن زودرس اپی فیز، هایپرآستئوز اسکلتی و کلسیفیکاسیون خارج استخوانی که این عوارض برای آسیترتین نیز انتظار می رود. در کودکان، باید پارامترهای رشد و تکامل استخوان به دقت پایش شود.

دیابتی ها: رتینوئیدها می توانند تحمل گلوکز را بهبود بخشند و یا بدتر کنند.

گزارش عوارض جانبی مشکوک: گزارش عوارض جانبی مشکوک یک محصول دارویی پس از اخذ مجوز ورود به بازار، امری مهم است. این کار نظارت مداوم بر تعادل سود/خطر محصول دارویی را امکان پذیر می سازد.

مسمومیت: نشانه های مسمومیت حاد ویتامین A شامل سردرد شدید، سرگیجه، تهوع یا استفراغ، خواب آلودگی، تحریک پذیری و خارش است. علائم و نشانه های مصرف بیش از حد تصادفی یا عمدی آسیترتین احتمالاً مشابه خواهد بود. درمان خاصی لازم نیست زیرا فرآورده سمیت حاد پایینی دارد. به دلیل جذب متغیر دارو، شستشوی معده ممکن است در چند ساعت اول پس از مصرف مفید باشد.

ویژگی های فارماکولوژیک

ویژگی های فارماکودینامیکی:

رتینول (ویتامین A) برای رشد و تمایز اپیتلیال طبیعی ضروری است، هر چند نحوه این تأثیر هنوز مشخص نشده است. رتینول و اسید رتینوئیک هر دو قادرند تغییرات هایپرکراتوتیک و متاپلاستیک پوست را معکوس کنند. اما این تأثیرات معمولاً فقط در دوزهای همراه با سمیت قابل توجه موضعی یا سیستمیک حاصل می شود. آسیترتین، یک مشتق آروماتیک سنتزی از اسید رتینوئیک، دارای نسبت درمانی مطلوب است و اثر مهاری بیشتر و اختصاصی تری بر پسروریزیس و اختلالات کراتینیزاسیون اپیتلیال دارد. پاسخ درمانی معمول به آسیترتین شامل پوسته ریزی (با یا بدون اریتم) به دنبال اپیتلیالیزاسیون طبیعی بیشتر است. آسیترتین، متابولیت فعال اصلی اتریتینات است.

ویژگی های فارماکوکینتیکی:

جذب: آسیترتین 1 تا 4 ساعت پس از مصرف دارو به حداکثر غلظت پلاسمایی می رسد. مصرف آسیترتین همراه با غذا فراهمی زیستی آن را افزایش می دهد. فراهمی زیستی تک دوز تقریباً 60٪ است، اما می تواند بین بیماران مختلف، متغیر باشد. (36-95٪)

توزیع: آسیترتین بسیار چربی دوست است و به سرعت وارد بافت های بدن می شود. قابلیت اتصال به پروتئین آسیترتین بیش از 99٪ است. در مطالعات حیوانی، آسیترتین به مقادیر موثر برای ایجاد ناهنجاری های جنینی از سد جفت عبور کرده است. با توجه به ماهیت چربی دوست آن، می توان فرض کرد که آسیترتین به مقادیر قابل توجهی در شیر مادر ترشح می شود.

متابولیسم: آسیترتین توسط ایزومریزاسیون به ایزومر 13-cis آن (cis Acitretin)، متابولیزه می شود. شواهد بالینی نشان داده است که اتریتینات می تواند با مصرف همزمان آسیترتین و الکل تشکیل شود. اتریتینات بسیار تراژون است و نیمه عمر طولانی تری (حدود 120 روز) نسبت به آسیترتین دارد.

دفع: مطالعات مولتی دوز در بیماران 21 تا 70 ساله نیمه عمر حذف حدود 50 ساعت برای آسیترتین و 60 ساعت برای متابولیت اصلی آن در پلاسما، سیس-آسیترتین را نشان می دهد. از طولانی ترین نیمه عمر حذف مشاهده شده در این بیماران برای آسیترتین (96 ساعت) و سیس-آسیترتین (123 ساعت)، و با فرض کینتیک خطی می توان پیش بینی کرد که بیش از 99٪ از دارو در عرض 36 روز پس از قطع درمان طولانی مدت دفع می شود.

علاوه بر این، غلظت های پلاسمایی آسیترتین و سیس آسیترتین در عرض 36 روز پس از قطع درمان، زیر حد حساسیت روش مورد استفاده برای اندازه گیری قرار گرفتند. (> 6 نانوگرم در میلی لیتر) آسیترتین به طور کامل به شکل متابولیت های خود و به میزان تقریباً مساوی از طریق کلیه ها و صفرا دفع می شود.

اطلاعات ایمنی پره کلینیکال:

داده های غیربالینی (مطالعات حیوانی)، خطر خاصی را برای انسان بر اساس مطالعات متعارف سمیت دوز تکراری، ژنوتوکسیسیته و پتانسیل سرطان زایی نشان نمی دهد.

تأثیر بر توانایی رانندگی و کار با ماشین آلات:

آسیترتین تأثیر متوسطی بر توانایی رانندگی و کار با ماشین آلات دارد. کاهش بینایی شبانه گزارش شده است. در موارد نادر، این مسئله پس از قطع درمان نیز ادامه داشته است. باید به بیماران در مورد این مشکل احتمالی هشدار داده شود و آنها را از رانندگی یا کار با وسایل نقلیه در شب یا تونل برحذر داشت.

نگهداری: در دمای زیر 30 درجه سانتی گراد نگهداری شود.

عمر قفسه ای دارو: 36 ماه

نحوه عرضه: کپسول های آسیترتین در بلیسترهای آلومینیومی 10 عددی

شرکت تولید کننده:

USV Private Limited

Mahatma Gandhi Udyog Nagar, Dabhel,
Daman-396 210. INDIA.

نمایندگی در ایران: تدبیر کالای جم

www.tadbirkala.com

تلفن: 021-88668700

ایمیل گزارش عوارض جانبی:

drug.safety@tadbirkala.com