

1. NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg, filmomhulde tabletten
Metformine HCl Sandoz tablet 850 mg, filmomhulde tabletten

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Werkzaam bestanddeel

Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg, filmomhulde tabletten
Elke filmomhulde tablet Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg bevat 500 mg metforminehydrochloride, overeenkomend met 390 mg metformine als base.

Metformine HCl Sandoz tablet 850 mg, filmomhulde tabletten
Elke filmomhulde tablet Metformine HCl Sandoz tablet 850 mg bevat 850 mg metforminehydrochloride, overeenkomend met 662,9 mg metformine als base.

Voor een volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1.

3. FARMACEUTISCHE VORM

Filmomhulde tabletten

Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg, filmomhulde tabletten
Witte, langwerpige filmomhulde tablet met een breukgleuf aan beide zijden en aan een zijde de inscriptie "M 500". De filmomhulde tabletten kunnen in twee gelijke helften verdeeld worden.

Metformine HCl Sandoz tablet 850 mg, filmomhulde tabletten
Witte, langwerpige filmomhulde tablet met een breukgleuf aan beide zijden en aan een zijde de inscriptie "M 850". De filmomhulde tabletten kunnen in twee gelijke helften verdeeld worden.

4. KLINISCHE GEGEVENS

4.1 Therapeutische indicaties

Behandeling van type-II-diabetes mellitus, met name bij patiënten met overgewicht, wanneer de bloedglucosespiegel met alleen dieet en lichaamsbeweging onvoldoende kan worden gereguleerd.

- Bij volwassenen kan Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg/ 850 mg gebruikt worden als monotherapie of in combinatie met andere orale antidiabetica of met insuline.
- Bij kinderen vanaf 10 jaar en adolescenten kan Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg/ 850 mg gebruikt worden als monotherapie of in combinatie met insuline.

Er is een afname van diabetische complicaties aangetoond bij volwassen type-II-diabetespatiënten met overgewicht die na een falend dieet behandeld worden met metformine als eerstelijns therapie (zie rubriek 5.1).

4.2. Dosering en wijze van toediening

Volwassenen:

Monotherapie en combinatie met andere antidiabetica

- De gebruikelijke aanvangsdosering is 500 mg of 850 mg metformine, 2 à 3 keer per dag tijdens of na de maaltijd ingenomen. Na 10 tot 15 dagen moet de dosis worden aangepast op basis van bloedglucosebepalingen. Een geleidelijke verhoging van de dosering kan ook de gastro-intestinale verdraagbaarheid verbeteren. De maximum aanbevolen dosering metformine is 3 g per dag.
- Als wordt overwogen om over te stappen van een ander oraal antidiabeticum: staak het gebruik van het andere middel en start met metformine in de bovengenoemde dosering.

Combinatie met insuline

Metformine en insuline kunnen in combinatietherapie worden gebruikt voor een betere regulering van de bloedglucosespiegel. Metformine wordt in de gebruikelijke aanvangsdosering van 500 mg of 850 mg 2 à 3 keer per dag ingenomen, terwijl de insulinedosering op basis van de bloedglucosebepalingen wordt aangepast.

Ouderen:

Vanwege de mogelijk verminderde nierfunctie bij ouderen moet de dosering metformine op basis van de nierfunctie worden aangepast. Een regelmatige controle van de nierfunctie is noodzakelijk (zie rubriek 4.4).

Kinderen en jongvolwassenen

Monotherapie en combinatie met insuline

Metformine kan worden gebruikt door kinderen vanaf 10 jaar en door adolescenten

- De gebruikelijke aanvangsdosis is één tablet van 500 mg of 850 mg eenmaal daags, gegeven tijdens of na de maaltijd.
- Na 10 tot 15 dagen moet de dosis worden aangepast op basis van bloedglucosebepalingen. Een geleidelijke verhoging van de dosering kan ook de gastro-intestinale verdraagbaarheid verbeteren. De maximum aanbevolen dosering van metformine is 2 g per dag, ingenomen in 2 of 3 doses.

4.3. Contra-indicaties

- Overgevoeligheid voor metformine of een van de hulpstoffen.
- Diabetische ketoacidose, precoma diabeticum.
- Nierfalen of nierdysfunctie (creatinineklaring < 60 ml/min) (zie rubriek 4.4).
- Acute aandoeningen die de nierfunctie kunnen veranderen, zoals:
 - Uitdroging
 - Ernstige infectie
 - Shock
- Een acute of chronische aandoening die weefselhypoxie kan veroorzaken, zoals:
 - Hartfalen of pulmonale insufficiëntie
 - Recent myocardiinfarct
 - Shock
- Leverinsufficiëntie, acute alcoholvergiftiging, alcoholisme.

4.4. Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik

Melkzuuracidose

Melkzuuracidose is een zeldzame maar ernstige metabole complicatie (hoge mortaliteit wanneer niet onmiddellijk behandeld) die zich kan voordoen door stapeling van metformine. Gemelde gevallen van melkzuuracidose bij patiënten die metformine gebruiken, hadden hoofdzakelijk betrekking op diabetespatiënten met significante nierinsufficiëntie. De incidentie van melkzuuracidose kan en moet verminderd worden door ook andere risicofactoren te beoordelen, zoals slecht gereguleerde diabetes, ketose, langdurig vasten,

overmatig alcoholgebruik, leverinsufficiëntie en elke aandoening die gepaard gaat met hypoxie.

Diagnose

Het risico op melkzuuracidose moet worden overwogen wanneer zich specifieke verschijnselen voordoen, zoals spierkrampen met spijsverteringsstoornissen als buikpijn en ernstige asthenie.

Melkzuuracidose wordt gekenmerkt door acidotische dyspneu, buikpijn en hypothermie, gevolgd door coma. De diagnostische laboratoriumbevindingen zijn een verlaagde bloed-pH, een plasmalactaatspiegel van meer dan 5 mmol/l, toename van de anion gap en toegenomen verhouding melkzuur/pyruvaat.

Bij verdenking op metabole acidose moet het gebruik van metformine gestaakt worden en dient de patiënt onmiddellijk in het ziekenhuis te worden opgenomen (zie rubriek 4.9).

Nierfunctie

Aangezien metformine door de nieren wordt uitgescheiden, moet de creatinineklaring (kan geschat worden op basis van de serumcreatinineconcentratie met behulp van de Cockcroft-Gault-formule) bepaald worden voordat de behandeling wordt ingesteld en regelmatig daarna:

- ten minste eenmaal per jaar bij patiënten met een normale nierfunctie;
- ten minste twee tot vier keer per jaar bij patiënten met een creatinineklaring aan de ondergrens van de normale waarden en bij ouderen.

Een verminderde nierfunctie bij ouderen komt vaak voor en is asymptomatisch. Speciale voorzorg is geboden in situaties waarin de nierfunctie verminderd kan raken, bijvoorbeeld bij het instellen van antihypertensieve, diuretische therapie of bij het starten van een behandeling met een NSAID (zie rubriek 4.3).

Toediening van een jodiumhoudend contrastmiddel

Daar de intravasculaire toediening van jodiumhoudende contrastmiddelen bij radiologische onderzoeken tot nierinfalen kan leiden, moet het gebruik van metformine voor of ten tijde van het onderzoek worden gestaakt en mag het pas 48 uur daarna weer worden hervat, mits de nierfunctie opnieuw gecontroleerd en normaal bevonden is (zie rubriek 4.5).

Chirurgische ingrepen

De behandeling met metforminehydrochloride Sandoz dient 48 uur voor electieve ingrepen onder algehele, spinale of epidurale anesthesie te worden onderbroken. De behandeling mag niet eerder dan 48 uur na de ingreep of na het hervatten van orale voeding opnieuw worden gestart en alleen als de nierfunctie weer normaal is.

Andere voorzorgen

- Alle patiënten dienen hun dieet voort te zetten, met een gelijkmatige verdeling van de koolhydraten over de dag. Patiënten met overgewicht dienen hun energiebeperkte dieet voort te zetten.
- De gebruikelijke laboratoriumonderzoeken ter controle van de diabetes moeten regelmatig worden verricht.
- Alleen metformine veroorzaakt geen hypoglykemie, maar voorzorg is geboden wanneer metformine wordt gebruikt in combinatie met insuline of andere orale antidiabetica (bijv. sulfonylureumderivaten of of meglitiniden).

Kinderen en adolescenten

De diagnose van type II diabetes dient bevestigd te zijn voordat een behandeling met metformine wordt ingesteld.

Er is geen effect waargenomen van metformine op de groei en puberteit tijdens gecontroleerde klinische onderzoeken met een looptijd van een jaar, maar er zijn geen langetermijngegevens voorhanden over deze specifieke punten. Daarom wordt een zorgvuldige follow-up aanbevolen van het effect van metformine op deze parameters bij kinderen die met metformine zijn behandeld, in het bijzonder kinderen voor de puberteit.

Kinderen tussen de 10 en 12 jaar oud

In de gecontroleerde klinische onderzoeken onder kinderen en adolescenten waren slechts 15 proefpersonen tussen 10 en 12 jaar oud opgenomen. Hoewel de werkzaamheid en veiligheid van metformine bij deze kinderen niet verschilden van de werkzaamheid en veiligheid bij oudere kinderen en adolescenten, is bijzondere voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven van metformine aan kinderen tussen 10 en 12 jaar oud.

4.5. Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie

Afgeraden combinaties:

Alcohol:

Toegenomen risico op melkzuuracidose bij acute alcoholvergiftiging, met name in geval van:

- vasten of ondervoeding
- leverinsufficiëntie

Vermijd het gebruik van alcoholische dranken en alcoholhoudende geneesmiddelen.

Jodiumhoudende contrastmiddelen:

De intravasculaire toediening van jodiumhoudende contrastmiddelen kan leiden tot nierfalen, wat resulteert in metforminestapeling en een verhoogd risico op melkzuuracidose (zie rubriek 4.4).

De behandeling met metformine moet voor of op het moment van het onderzoek worden onderbroken tot 48 uur na het onderzoek en mag alleen worden hervat nadat de nierfunctie is gecontroleerd en normaal is bevonden (zie rubriek 4.4).

Combinaties waarbij voorzorgen vereist zijn.

- *Geneesmiddelen met een intrinsieke hyperglykemische activiteit* zoals glucocorticoïden (systemische en lokale toediening) en sympathicomimetica. Het kan vooral in het begin van behandeling nodig zijn om de suikerspiegel vaker te meten. Pas, indien noodzakelijk, de metformine dosering tijdens en bij beëindiging van de behandeling met het respectievelijke geneesmiddel aan.
- *ACE-remmers* kunnen de bloedglucosewaarden verlagen. Pas indien nodig de dosering van het antidiabeticum tijdens en bij beëindiging van de behandeling met het andere geneesmiddel aan.
- *Diuretica, vooral lisdiuretica*, kunnen het risico op melkzuuracidose verhogen omdat ze de nierfunctie kunnen verminderen.

4.6. Fertiliteit, zwangerschap en borstvoeding

Zwangerschap

Ongecontroleerde diabetes tijdens de zwangerschap (door de zwangerschap of chronisch) gaat gepaard met een hoger risico op congenitale afwijkingen en perinatale mortaliteit.

Een beperkt aantal gegevens over het gebruik van metformine bij zwangere vrouwen wijst niet op een toegenomen risico op geboortefwijkingen.

Uit dierexperimenteel onderzoek is geen schadelijk effect gebleken met betrekking tot de zwangerschap, de embryonale en foetale ontwikkeling, de bevalling of postnatale ontwikkeling (zie ook rubriek 5.3).

Als de patiënte zwanger wil worden en gedurende de zwangerschap dient de diabetes niet met metformine maar met insuline te worden behandeld om de bloedglucosespiegel zo normaal mogelijk te houden om zo het risico op misvorming van de foetus door abnormale bloedglucosewaarden te verminderen.

Borstvoeding

Bij de mens wordt metformine uitgescheiden in de moedermelk. Er werden geen bijwerkingen waargenomen bij pasgeborenen/zuigelingen die borstvoeding krijgen. Aangezien er echter slechts beperkte gegevens beschikbaar zijn, is borstvoeding niet aanbevolen tijdens de metforminebehandeling. Een beslissing over al dan niet stopzetten van de borstvoeding moet genomen worden, rekening houdend met het voordeel van borstvoeding en het mogelijke risico op bijwerkingen voor het kind.

Fertiliteit

De vruchtbaarheid van mannelijke of vrouwelijke ratten werd niet beïnvloed door metformine in doses tot wel 600mg/kg/dag, wat ongeveer drie keer hoger is dan de maximale aanbevolen dosis voor mensen op basis van vergelijkingen van de lichaamsoppervlakte.

4.7. Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen

Metformine als monotherapie veroorzaakt geen hypoglykemie en heeft dus geen invloed op de rijvaardigheid of het vermogen om machines te bedienen.

Als metformine wordt gebruikt in combinatie met andere antidiabetica (sulfonylureumderivaten, insuline, meglitinides), moet de patiënt echter worden gewaarschuwd voor eventuele hypoglykemie.

4.8. Bijwerkingen

De volgende bijwerkingen kunnen zich voordoen tijdens de behandeling met metformine. De frequenties worden als volgt gedefinieerd:

zeer vaak: >1/10;

vaak: > 1/100; <1/10

soms: > 1/1.000; < 1/100;

zelden: > 1/10.000, < 1/1.000

zeer zelden: < 1/10.000, onbekend (kan niet worden geschat op basis van de beschikbare gegevens)

Voedings- en stofwisselingsstoornissen

Zeer zelden:

Afname van de vitamine B12-absorptie met een afname van serumwaarden bij langdurig gebruik van metformine. Aanbevolen wordt om deze etiologie in overweging te nemen bij een patiënt met megaloblastaire anemie.

Melkzuuracidose (zie rubriek 4.4)

Zenuwstelselaandoeningen

Vaak:

Smaakstoornis

Maagdarmstelselaandoeningen:

Zeer vaak:

Maagdarmsstelselaandoeningen zoals misselijkheid, braken, diarree, buikpijn en verlies van eetlust. Deze bijwerkingen komen meestal voor tijdens het begin van de behandeling en verdwijnen in de meeste gevallen weer vanzelf. Om deze bijwerkingen te voorkomen wordt aanbevolen om metformine in 2 of 3 dagelijkse doses in te nemen, tijdens of na de maaltijd. Een langzame verhoging van de dosering kan ook de gastro-intestinale verdraagbaarheid verbeteren.

Lever- en galaandoeningen:

Zeer zelden:

Incidentele meldingen van afwijkende leverfunctietesten of hepatitis die verdwijnen na het staken van het gebruik van metformine .

Huid- en onderhuidaandoeningen:

Zeer zelden:

Huidreacties zoals erytheem, pruritus, urticaria.

Kinderen en adolescenten

In gepubliceerde en postmarketing gegevens en in gecontroleerde klinische onderzoeken van een beperkte pediatrie populatie van 10-16 jaar die gedurende 1 jaar was behandeld, waren de gerapporteerde bijwerkingen hetzelfde in aard en ernst als die gerapporteerd bij volwassen patiënten.

4.9. Overdosering

Zelfs bij doseringen tot 85 g metformine is geen hypoglykemie waargenomen, hoewel zich in dergelijke omstandigheden wel melkzuuracidose voordeed. Een hoge overdosering of gelijktijdige risico's kunnen leiden tot melkzuuracidose. Melkzuuracidose is een medisch spoedgeval en moet in een ziekenhuis behandeld worden. De meest effectieve methode voor de verwijdering van lactaat en metformine is hemodialyse.

5. FARMACOLOGISCHE EIGENSCHAPPEN

5.1. Farmacodynamische eigenschappen

Farmacotherapeutische categorie: Bloedglucoseverlagende geneesmiddelen, excl. insulines. Biguaniden, ATC-code: A10BA02

Metformine is een biguanide met antihyperglykemische effecten en verlaagt zowel de basale als postprandiale plasmaglucozewaarden. Het stimuleert de insulinesecretie niet en veroorzaakt dus geen hypoglykemie.

Metformine kan volgens 3 mechanismen werken:

- 1) vermindering van glucoseproductie in de lever door remming van de gluconeogenese en glycogenolyse;
- 2) in de spieren, door verhoging van de insulinegevoeligheid, verbetering van de perifere glucoseopname en het glucoseverbruik;
- 3) vertraging van de glucoseabsorptie door de darm.

Metformine stimuleert de intracellulaire glycogeensynthese door inwerking op het glycogeensynthetase. Metformine verhoogt de transportcapaciteit van alle typen membraan glucose-transporters (GLUT) die tot op heden bekend zijn.

Bij de mens heeft metformine een gunstige invloed op de vetstofwisseling, onafhankelijk van de werking op de glykemie. Dit is bij therapeutische doseringen aangetoond in gecontroleerde klinische onderzoeken op middellange en lange termijn: metformine verlaagt totaal cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceridenspiegels.

Klinische werkzaamheid:

Het prospectieve, gerandomiseerde (UKPDS) onderzoek heeft het gunstige effect op de lange termijn van intensieve bloedglucoseregulatie bij volwassen type-II-diabetespatiënten aangetoond.

Analyse van de resultaten van patiënten met overgewicht, behandeld met metformine na het falen van alleen dieet, toonde:

- een significante afname van het absolute risico op diabetesgerelateerde complicaties in de metforminegroep (29,8 voorvallen/1.000 patiëntjaren), vergeleken met alleen dieet (43,3 voorvallen/1.000 patiëntjaren), $p=0,0023$ en vergeleken met de gecombineerde sulfonyleureumderivaten- en insulinemonotherapiegroepen (40,1 voorvallen/1.000 patiëntjaren), $p=0,0034$.
- een significante afname van het absolute risico op diabetesgerelateerde mortaliteit: metformine 7,5 voorvallen/1.000 patiëntjaren, alleen dieet 12,7 voorvallen/1.000 patiëntjaren, $p=0,017$;
- een significante afname van het absolute risico op totale mortaliteit: metformine 13,5 voorvallen/1.000 patiëntjaren vergeleken met alleen dieet 20,6 voorvallen/1000 patiëntjaren ($p=0,011$) en vergeleken met de gecombineerde sulfonyleureumderivaten en insulinemonotherapiegroepen 18,9 voorvallen/1.000 patiëntjaren ($p=0,021$);
- een significante afname van het absolute risico op een myocardinfarct: metformine 11 voorvallen/1.000 patiëntjaren, alleen dieet 18 voorvallen/1.000 patiëntjaren ($p=0,01$)

Voor metformine gebruikt als tweedelijns therapie in combinatie met een sulfonyleureumderivaat is geen klinisch voordeel aangetoond.

Bij type-I-diabetes is de combinatie van metformine en insuline gebruikt bij geselecteerde patiënten, maar het klinisch voordeel van deze combinatie is niet formeel vastgesteld.

Gecontroleerde klinische onderzoeken van een beperkte pediatrische populatie van 10-16 jaar oud met type-II-diabetes die gedurende 1 jaar was behandeld, toonden een gelijke respons op het gebied van glykemische regulering als gezien bij volwassenen.

5.2. Farmacokinetische eigenschappen

Absorptie:

Na een orale dosis metformine wordt T_{max} in 2,5 uur bereikt. De absolute biologische beschikbaarheid van metformine na inname van een tablet van 500 mg of 850 mg is bij gezonde proefpersonen ongeveer 50-60%. Na een orale dosis was de niet-geabsorbeerde fractie die in de feces werd teruggevonden 20-30%.

Na oraal gebruik is de metformine-absorptie verzadigbaar en onvolledig. Aangenomen wordt dat de farmacokinetiek van metformine-absorptie niet lineair is.

Bij de gebruikelijke doseringen en doseringsschema's van metformine worden de steady-state plasmaconcentraties binnen 24 tot 48 uur bereikt. Ze zijn over het algemeen minder dan 1 microgram/ml. Bij gecontroleerde klinische studies kwamen de maximale plasmaconcentraties van metformine (C_{max}) niet boven de 4 $\mu\text{g/ml}$, zelfs bij maximale doseringen.

Voedsel veroorzaakt een vermindering en een lichte vertraging van de absorptie van metformine. Na gebruik van een dosis van 850 mg werden een 40% lagere piekplasmaconcentratie, een afname met 25% van de AUC ('area under the curve') en een verlenging van 35 minuten tot de piekplasmaconcentratie waargenomen. De klinische relevantie van deze afnamen is onbekend.

Verdeling:

De plasma-eiwitbinding is te verwaarlozen. Metformine verdeelt zich in de erythrocyten. De piekconcentratie in het bloed is lager dan in het plasma en verschijnt ongeveer op hetzelfde

moment. De rode bloedcellen zijn hoogstwaarschijnlijk een secundair compartiment van de verdeling. De gemiddelde V_d lag tussen 63 en 276 l.

Stofwisseling:

Metformine wordt onveranderd in de urine uitgescheiden. Bij de mens zijn er geen metabolieten geïdentificeerd.

Eliminatie:

De renale klaring van metformine is > 400 ml/min, wat erop duidt dat metformine wordt geëlimineerd door glomerulaire filtratie en tubulaire secretie. Na een orale dosis is de schijnbare terminale eliminatiehalfwaardetijd ongeveer 6,5 uur.

Bij een verminderde nierfunctie neemt de renale klaring proportioneel met de creatinineklaring af. Derhalve is de eliminatiehalfwaardetijd verlengd, hetgeen leidt tot verhoogde metforminespiegels in het plasma.

Kinderen en adolescenten

Onderzoek met enkele doses: Na enkele doses metforminehydrochloride 500 mg toonden pediatrie patiënten een gelijksoortig farmacokinetisch profiel als dat waargenomen bij volwassenen.

Onderzoek met meerdere doses: De gegevens zijn beperkt tot één onderzoek: Na herhaalde doses van 500 mg tweemaal daags gedurende 7 dagen bij pediatrie patiënten namen de piekplasmaconcentratie (C_{max}) en de systemische blootstelling (AUC_{0-t}) af met respectievelijk circa 33% en 40%, vergeleken met diabetische volwassenen die 14 dagen lang tweemaal daags herhaalde doses van 500 mg ontvingen. Aangezien de dosis individueel getitreerd wordt op basis van glykemische regulering, is dit van beperkt klinisch belang.

5.3. Preklinische veiligheidsgegevens

Preklinische gegevens duiden niet op een speciaal risico voor mensen. Deze gegevens zijn afkomstig van conventioneel onderzoek op het gebied van veiligheidsfarmacologie, toxiciteit bij herhaalde dosering, genotoxiciteit, carcinogeen potentieel en reproductietoxiciteit.

6. FARMACEUTISCHE GEGEVENS

6.1. Lijst van hulpstoffen

Tabletkern:

Microkristallijne cellulose
Natriumzetmeelglycolaat (type A)
Copovidon
Colloïdaal watervrij silicium
Magnesiumstearaat

Filmomhulling:

Hypromellose
Macrogol 4000
Titaniumdioxide

6.2. Gevallen van onverenigbaarheid

Niet van toepassing.

6.3. Houdbaarheid

5 jaar

6.4. Speciale voorzorgsmaatregelen bij bewaren

Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen licht.

6.5. Aard en inhoud van de verpakking

Metformine HCl Sandoz tablet 500 mg:

Polyethyleen flessen met polyethyleen dop met 30, 60, 100, 250, 400, 500 filmomhulde tabletten.

PVC/PVDC/aluminium of PP/aluminium blister met 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90, 100, 120, 180, 250, 270 filmomhulde tabletten.

Metformine HCl Sandoz tablet 850 mg:

Polyethyleen flessen met polyethyleen dop met 30, 60, 100, 200, 250, 500 filmomhulde tabletten.

PVC/PVDC/aluminium of PP/aluminium blisterverpakking met 20, 28, 30, 40, 50, 56, 60, 84, 90, 100, 120, 180, 250, 300 filmomhulde tabletten.

Niet alle genoemde verpakkingsgrootten worden in de handel gebracht.

6.6. Instructies voor gebruik en verwerking en andere instructies.

Geen bijzondere vereisten

Alle ongebruikte producten of afvalmaterialen dienen te worden vernietigd overeenkomstig lokale voorschriften.

7. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Sandoz B.V.
Veluwezoom 22
Almere
Nederland

8. NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

RVG 100937 (500 mg)
RVG 100938 (850 mg).

9. DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING

5 februari 2009

10. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST

Laatste gedeeltelijke herziening 6 februari 2011, betreft rubriek 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 en 4.8