

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg, tabletki powlekane
Metformin - 1 A Pharma, 850 mg, tabletki powlekane

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg
Każda tabletka powlekana zawiera 500 mg metforminy chlorowodorku (*Metformini hydrochloridum*), co odpowiada 390 mg zasady metforminy.

Metformin - 1 A Pharma, 850 mg
Każda tabletka powlekana zawiera 850 mg chlorowodorku metforminy (*Metformini hydrochloridum*), co odpowiada 662,90 mg zasady metforminy.

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg
Substancja pomocnicza: 10,8 mg laktozy jednowodnej

Metformin - 1 A Pharma, 850 mg
Substancja pomocnicza: 14,4 mg laktozy jednowodnej

Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Tabletka powlekana

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg
Biała, podłużna tabletka powlekana z rowkiem dzielącym po obydwu stronach i symbolem „M 500” po jednej stronie. Tabletkę powlekaną można podzielić na połowy.

Metformin - 1 A Pharma, 850 mg
Biała, podłużna tabletka powlekana z rowkiem dzielącym po obydwu stronach i symbolem „M 850” po jednej stronie. Tabletkę powlekaną można podzielić na połowy.

4. SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

Leczenie cukrzycy typu 2 u dorosłych, zwłaszcza u pacjentów z nadwagą, gdy za pomocą samej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowej kontroli glikemii.

U dorosłych produkt Metformin - 1 A Pharma 500 mg i 850 mg można stosować w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi bądź insuliną.

- U dzieci w wieku powyżej 10 lat i u młodzieży produkt Metformin - 1 A Pharma 500 mg i 850 mg można stosować w monoterapii albo w skojarzeniu z insuliną.

U pacjentów z cukrzycą typu 2 i z nadwagą, leczonych metforminą jako lekiem pierwszego rzutu po niepowodzeniu leczenia samą dietą, wykazano zmniejszenie częstości występowania powikłań cukrzycy (patrz punkt 5.1).

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Dorośli:

Stosowanie w monoterapii i w skojarzeniu z innymi doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi

- Najczęściej stosowaną dawką początkową jest 500 mg lub 850 mg metforminy chlorowodorku 2 lub 3 razy na dobę, podawanych podczas posiłków lub po posiłkach. Po upływie 10 do 15 dni należy ustalić dawkę na podstawie pomiarów stężenia glukozy we krwi. Powolne zwiększanie dawki może poprawiać tolerancję leku przez przewód pokarmowy. Maksymalna zalecana dawka metforminy chlorowodorku wynosi 3 g na dobę.
- Jeśli planowana jest zmiana innego doustnego leku przeciwcukrzycowego na metforminę, poprzedni lek należy odstawić, a następnie rozpocząć podawanie metforminy w dawce podanej wyżej.

Stosowanie w skojarzeniu z insuliną

Metforminę i insulinę można stosować w terapii skojarzonej w celu uzyskania lepszej kontroli stężenia glukozy we krwi. Metforminy chlorowodorek podaje się w zwykłej dawce początkowej wynoszącej 500 mg lub 850 mg 2 lub 3 razy na dobę, a dawkowanie insuliny ustala się na podstawie pomiarów stężenia glukozy we krwi.

Osoby w podeszłym wieku:

Ze względu na ryzyko zaburzeń czynności nerek u pacjentów w podeszłym wieku, dawkę metforminy należy ustalić na podstawie parametrów czynności nerek. Podczas leczenia konieczna jest regularna ocena czynności nerek (patrz punkt 4.4).

Dzieci i młodzież:

Stosowanie w monoterapii i w skojarzeniu z insuliną

- Metforminę można stosować u dzieci w wieku powyżej 10 lat oraz u młodzieży.
- Najczęściej stosowaną dawką początkową jest jedna tabletka 500 mg lub 850 mg podawana raz na dobę podczas lub po posiłku.
- Po upływie 10 do 15 dni należy ustalić dawkę na podstawie pomiarów stężenia glukozy we krwi. Powolne zwiększanie dawki może poprawiać tolerancję leku przez przewód pokarmowy. Zalecana dawka maksymalna metforminy chlorowodorku wynosi 2 g na dobę w 2 lub 3 dawkach podzielonych.

4.3 Przeciwwskazania

- Nadwrażliwość na metforminę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.
- Cukrzycowa kwasica ketonowa, stan przedśpiączkowy w cukrzycy.
- Niewydolność nerek lub zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny <60 ml/min).
- Ostre stany, które mogą powodować zaburzenia czynności nerek, takie jak:
 - odwodnienie
 - ciężkie zakażenie
 - wstrząs
 - donaczyniowe podanie środków kontrastujących zawierających jod (patrz punkt 4.4).
- Ostre lub przewlekłe choroby, które mogą spowodować niedotlenienie tkanek, takie jak:
 - niewydolność serca lub niewydolność oddechowa,
 - niedawno przebyty zawał mięśnia sercowego,
 - wstrząs
- Niewydolność wątroby, ostre zatrucie alkoholem, alkoholizm.
- Karmienie piersią.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Kwasica mleczanowa

Kwasica mleczanowa jest rzadko występującym, ale ciężkim powikłaniem metabolicznym (z dużą śmiertelnością w przypadku braku natychmiastowego leczenia), które może powstać na skutek kumulacji metforminy. Opisywane przypadki kwasicy mleczanowej u pacjentów leczonych metforminą dotyczyły przede wszystkim chorych z ciężką niewydolnością nerek. Częstość występowania kwasicy mleczanowej można i należy zmniejszyć, dokonując również oceny innych czynników ryzyka, takich jak źle kontrolowana cukrzyca, ketoza, długotrwałe głodzenie, nadużywanie alkoholu, niewydolność wątroby i wszystkie stany związane z niedotlenieniem.

Rozpoznanie:

Ryzyko kwasicy mleczanowej trzeba brać pod uwagę w przypadku wystąpienia niespecyficznych objawów, takich jak kurcze mięśni z zaburzeniami trawienia (np. bólem brzucha) i ciężką astenią.

Kwasica mleczanowa charakteryzuje się występowaniem duszności, bólu brzucha i hipotermii, po której następuje śpiączka. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się zmniejszenie pH krwi, zwiększenie stężenia mleczanów w osoczu do wartości powyżej 5 mmol/l, zwiększenie luki anionowej i zwiększenie stosunku stężenia mleczanów do stężenia pirogronianów. W przypadku podejrzenia kwasicy metabolicznej metforminę należy odstawić, a pacjenta natychmiast umieścić w szpitalu (patrz punkt 4.9).

Czynność nerek

Metformina jest wydalana przez nerki, dlatego przed podjęciem leczenia, a następnie regularnie w trakcie leczenia należy oznaczać stężenie kreatyniny w surowicy:

- co najmniej jeden raz w roku u pacjentów z prawidłową czynnością nerek,
- co najmniej 2 do 4 razy w roku u pacjentów, u których stężenie kreatyniny w surowicy znajduje się w górnej granicy wartości uznanych za prawidłowe oraz u pacjentów w podeszłym wieku.

U osób w podeszłym wieku zaburzenia czynności nerek występują często i bezobjawowo. Należy zachować szczególną ostrożność w sytuacjach, w których może dojść do zaburzeń czynności nerek, na przykład przy rozpoczynaniu leczenia lekami przeciwnadciśnieniowymi lub moczopędnymi i na początku leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ).

Podawanie środków kontrastujących zawierających jod

Donaczyniowe podanie środków kontrastujących zawierających jod podczas badań radiologicznych może spowodować niewydolność nerek, dlatego metforminę należy odstawić przed badaniem lub w momencie badania i wznowić jej podawanie nie wcześniej niż po upływie 48 godzin od badania i tylko po ponownym stwierdzeniu, że czynność nerek jest prawidłowa (patrz punkt 4.5).

Zabiegi chirurgiczne

Metforminę należy odstawić 48 godzin przed planowanym zabiegiem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub zewnątrzoponowym. Leczenie można wznowić nie wcześniej niż po 48 godzinach po zabiegu lub po wprowadzeniu żywienia doustnego i tylko pod warunkiem, że wynik badania czynności nerek jest prawidłowy.

Dzieci i młodzież

Przed rozpoczęciem leczenia metforminą należy potwierdzić rozpoznanie cukrzycy typu 2. W kontrolowanych badaniach klinicznych trwających rok nie stwierdzono wpływu na wzrastanie i dojrzewanie. Ponieważ niedostępne są długookresowe dane dotyczące tych szczególnych parametrów, zaleca się dokładną obserwację dzieci leczonych metforminą, szczególnie przed okresem dojrzewania z uwzględnieniem wpływu metforminy na wymienione parametry.

Dzieci w wieku od 10 do 12 lat

Tylko 15 dzieci w wieku od 10 do 12 lat zostało włączonych do kontrolowanych badań klinicznych przeprowadzonych u dzieci i młodzieży. Wprawdzie nie stwierdzono różnic skuteczności i

bezpieczeństwa stosowania metforminy u dzieci w wieku od 10 do 12 lat w porównaniu ze starszymi dziećmi, ale zaleca się szczególną ostrożność w przypadku stosowania metforminy u dzieci z tej grupy wiekowej.

Inne środki ostrożności

- Wszyscy pacjenci powinni kontynuować stosowanie diety z regularnym podziałem spożycia węglowodanów w ciągu doby. Pacjenci z nadwagą powinni stosować dietę niskoenergetyczną.
- Należy regularnie wykonywać badania laboratoryjne w celu kontroli cukrzycy.
- Sama metformina nie wywołuje hipoglikemii, ale zaleca się ostrożność w przypadku leczenia skojarzonego z insuliną lub pochodnymi sulfonilomocznika.

Produkt nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy.

4.5 Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji

Jednoczesne stosowanie z metforminą nie zalecane:

Alkohol

Ostre zatrucie alkoholem zwiększa ryzyko kwasicy mleczanowej, zwłaszcza w przypadku:

- głodzenia lub niedożywienia
- niewydolności wątroby.

Należy unikać spożywania alkoholu i produktów leczniczych zawierających alkohol.

Środki kontrastujące zawierające jod (patrz punkt 4.4):

Donaczyniowe podanie środków kontrastujących zawierających jod może prowadzić do niewydolności nerek, a w jej wyniku do kumulacji metforminy i ryzyka kwasicy mleczanowej. Metforminę należy odstawić przed badaniem lub w dniu jego wykonywania. Podawanie leku można wznowić nie wcześniej niż po 48 godzinach i tylko w przypadku, gdy ponownie zbadano czynność nerek i stwierdzono, że jest prawidłowa.

Jednoczesne stosowanie z metforminą wymagające ostrożności:

Glikokortykosteroidy (do stosowania ogólnego i miejscowego), leki pobudzające receptory beta-2-adrenergiczne i leki moczopędne wykazują wewnętrzną aktywność hiperglikemiczną. Należy poinformować pacjenta o konieczności częstego kontrolowania stężenia glukozy we krwi, zwłaszcza na początku leczenia. W razie konieczności dawkę metforminy należy dostosować podczas jednoczesnego stosowania tych leków oraz po ich odstawieniu.

Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE) mogą zmniejszać stężenie glukozy we krwi. W razie konieczności dawkę leku przeciwcukrzycowego należy zmienić podczas jednoczesnego stosowania inhibitora ACE oraz po jego odstawieniu.

4.6 Ciąża i laktacja

Dotychczas brak odpowiednich danych epidemiologicznych. Badania na zwierzętach nie wykazują szkodliwego wpływu metforminy na przebieg ciąży, rozwój zarodka lub płodu, przebieg porodu lub rozwój po urodzeniu (patrz także punkt 5.3).

Cukrzycy nie należy leczyć metforminą u pacjentek, które planują ciążę lub są w ciąży. Stosując insulinę należy dążyć do utrzymania stężenia glukozy najbardziej zbliżonego do wartości prawidłowych, aby zmniejszyć ryzyko wad rozwojowych u płodu, związanych z nieprawidłowym stężeniem glukozy we krwi.

Metformina przenika do mleka karmiących samic szczura. Ze względu na brak dostępnych, podobnych danych u ludzi należy zdecydować o zaprzestaniu karmienia piersią lub odstawieniu metforminy, uwzględniając znaczenie leczenia produktem leczniczym dla matki.

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu

Metformina stosowana w monoterapii nie wywołuje hipoglikemii, dlatego nie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu.

Należy zwrócić uwagę pacjenta na ryzyko hipoglikemii w przypadku stosowania metforminy z innymi lekami przeciwcukrzycowymi (pochodnymi sulfonilomocznika, insuliną, repaglinidem).

4.8 Działania niepożądane

Podczas leczenia metforminą mogą występować opisane niżej działania niepożądane. Częstość występowania określa się następująco:
bardzo często: $>1/10$;
często: $>1/100$; $<1/10$;
niezbyt często: $>1/1000$, $<1/100$;
rzadko: $>1/10\ 000$, $<1/1000$;
bardzo rzadko: $<1/10\ 000$, nie znana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych).

Zaburzenia metabolizmu i odżywiania

Bardzo rzadko:

- Zmniejszone wchłanianie witaminy B₁₂. Długotrwałe stosowanie metforminy może spowodować zmniejszenie stężenia witaminy B₁₂ w surowicy. Zaleca się rozważenie takiej etiologii u pacjentów z niedokrwistością megaloblastyczną.
- Kwasica mleczanowa (patrz punkt 4.4).

Zaburzenia układu nerwowego

Często:

- Zaburzenia smaku

Zaburzenia żołądka i jelit

Bardzo często:

- Zaburzenia żołądka i jelit, takie jak nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha i utrata apetytu. Działania te występują zwykle na początku leczenia i w większości przypadków ustępują samoistnie. Aby im zapobiec zaleca się przyjmowanie metforminy w 2 lub 3 dawkach podzielonych podczas posiłku lub po posiłku. Stopniowe zwiększanie dawki może również poprawić tolerancję produktu przez przewód pokarmowy.

Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych

Nie znana:

- Pojedyncze przypadki nieprawidłowych wyników badań czynności wątroby lub zapalenia wątroby przemijających po odstawieniu metforminy.

Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:

Bardzo rzadko:

- Reakcje skórne, takie jak rumień, świąd, pokrzywka.

Dane z publikacji, dane po wprowadzeniu produktu leczniczego na rynek oraz dane z kontrolowanych badań klinicznych przeprowadzonych u ograniczonej liczby pacjentów w wieku od 10 do 16 lat, leczonych przez rok wskazują, że charakter i ciężkość zgłaszanych działań niepożądanych były zbliżone do opisywanych u osób dorosłych.

4.9 Przedawkowanie

Po przyjęciu metforminy w dawkach do 85 g nie obserwowano hipoglikemii, choć w tych warunkach wystąpiła kwasica mleczanowa. Znaczne przedawkowanie lub współistnienie innych czynników ryzyka może wywołać kwasicę mleczanową. Kwasica mleczanowa jest stanem zagrażającym życiu i musi być leczona w szpitalu. Najbardziej skuteczną metodą usuwania mleczanów i metforminy z organizmu jest hemodializa.

5. WŁAŚCIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE

5.1 Właściwości farmakodynamiczne

Grupa farmakoterapeutyczna: Doustne leki hipoglikemizujące, pochodne biguanidu.
Kod ATC: A10BA02

Metformina jest lekiem z grupy biguanidów o działaniu hipoglikemizującym. Zmniejsza zarówno podstawowe, jak i poposiłkowe stężenie glukozy w osoczu. Nie pobudza wydzielania insuliny, dlatego nie powoduje hipoglikemii.

Metformina może działać w wyniku 3 mechanizmów:

1. zmniejszenia wytwarzania glukozy w wątrobie przez hamowanie glukoneogenezy i glikogenolizy,
2. zwiększenia wrażliwości na insulinę w mięśniach, poprawiając obwodowy wychwyt glukozy i jej zużycie,
3. opóźnienia wchłaniania glukozy w jelitach.

Metformina pobudza wewnątrzkomórkową syntezę glikogenu przez działanie na syntetazę glikogenu. Zwiększa zdolność transportową wszystkich rodzajów nośników glukozy przez błony komórkowe (ang. glucose transporters - GLUT).

U ludzi metformina działa korzystnie na metabolizm lipidów, niezależnie od wpływu na glikemię. Jak wykazały średnio- i długotrwałe kontrolowane badania kliniczne, metformina w dawkach terapeutycznych zmniejsza stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL i triglicerydów.

Skuteczność kliniczna:

Randomizowane badanie prospektywne (ang. United Kingdom Prospective Diabetes Study - UKPDS) wykazało długotrwałe korzyści intensywnej kontroli stężenia glukozy we krwi u dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2.

Analiza wyników u pacjentów z nadwagą leczonych metforminą po nieskutecznym leczeniu samą dietą wykazała:

- znaczące zmniejszenie bezwzględnego ryzyka wszystkich powikłań cukrzycy w grupie otrzymującej metforminę (29,8 zdarzeń/1000 pacjentolat) w porównaniu z grupą leczoną samą dietą (43,3 zdarzeń/1000 pacjentolat), $p=0,0023$ i w porównaniu z łącznymi wynikami grupy otrzymującej pochodne sulfonilomocznika i grupy otrzymującej insulinę w monoterapii (40,1 zdarzeń/1000 pacjentolat), $p=0,0034$.
- znaczące zmniejszenie bezwzględnego ryzyka zgonu spowodowanego cukrzycą: 7,5 zdarzeń/1000 pacjentolat w grupie otrzymującej metforminę i 12,7 zdarzeń/1000 pacjentolat w grupie leczonej samą dietą, $p=0,017$.
- znaczące zmniejszenie bezwzględnego ryzyka zgonu z przyczyn ogólnych: 13,5 zdarzeń/1000 pacjentolat w grupie otrzymującej metforminę w porównaniu z grupą leczoną samą dietą (20,6 zdarzeń/1000 pacjentolat), $p=0,011$ i w porównaniu z łącznymi, wynikami grupy otrzymującej pochodne sulfonilomocznika i grupy otrzymującej insulinę w monoterapii (18,9 zdarzeń/1000 pacjentolat), $p=0,021$;
- znaczące zmniejszenie bezwzględnego ryzyka zawału mięśnia sercowego: 11 zdarzeń/1000 pacjentolat w grupie otrzymującej metforminę i 18 zdarzeń/1000 pacjentolat ($p=0,01$) w grupie leczonej samą dietą.

Nie wykazano korzyści ze stosowania metforminy jako leku drugiego wyboru w leczeniu skojarzonym z pochodnymi sulfonilomocznika.

U wybranych pacjentów z cukrzycą typu 1 stosowano metforminę w skojarzeniu z insuliną, ale korzyści wynikające z tego skojarzenia nie zostały formalnie ustalone.

Kontrolowane badania kliniczne u ograniczonej liczby dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 16 lat z cukrzycą typu 2 leczonych przez rok, wykazały zbliżony stopień kontroli glikemii, jak obserwowany u pacjentów dorosłych.

5.2 Właściwości farmakokinetyczne

Wchłanianie:

Po doustnym podaniu metforminy T_{max} wynosi 2,5 godziny. U osób zdrowych całkowita biodostępność po podaniu tabletki metforminy chlorowodoru o mocy 500 mg lub 850 mg wynosi około 50-60%. Około 20-30% dawki doustnej jest wydalone z kałem, jako frakcja niewchłonięta. Po podaniu doustnym wchłanianie metforminy ulega wysyceniu i nie jest całkowite. Przyjmuje się, że farmakokinetyka wchłaniania metforminy jest nieliniowa.

Po podaniu metforminy w zwykle stosowanych dawkach i według zwykłych schematów podawania jej stężenie osiąga stan stacjonarny w ciągu 24 do 48 godzin i zwykle ma wartość mniejszą niż 1 mikrogram/ml. W kontrolowanych badaniach klinicznych maksymalne stężenie metforminy w osoczu (C_{max}) nie przekraczało 4 mikrogramów/ml, nawet po podaniu dawek maksymalnych.

Pokarm zmniejsza i nieznacznie opóźnia wchłaniania metforminy. Po podaniu dawki 850 mg obserwowano zmniejszenie maksymalnego stężenia w osoczu o 40%, zmniejszenie o 25% wartości AUC (pola pod krzywą zależności stężenia od czasu) i wydłużenie o 35 minut czasu potrzebnego do wystąpienia maksymalnego stężenia w osoczu. Kliniczne znaczenie tych zmian jest nieznane.

Dystrybucja:

Wiązanie z białkami osocza jest nieznaczne. Metformina przenika do wnętrza erytrocytów. Maksymalne stężenie we krwi jest mniejsze niż maksymalne stężenie w osoczu i występuje mniej więcej w tym samym czasie. Krwinki czerwone są prawdopodobnie drugorzędym kompartmentem dystrybucji. Średnia wartość V_d mieści się w zakresie od 63 do 276 l.

Metabolizm:

Metformina jest wydalana w postaci niezmienionej w moczu. Nie zidentyfikowano żadnych metabolitów u człowieka.

Wydalanie:

Klirens nerkowy metforminy jest większy niż 400 ml/min, co wskazuje na to, że metformina jest wydalana w procesie przesączania kłębuszkowego i wydzielania kanalikowego. Po podaniu doustnym pozorny końcowy okres półtrwania wynosi około 6,5 godziny.

W zaburzeniach czynności nerek klirens nerkowy zmniejsza się proporcjonalnie do klirensu kreatyniny, dlatego okres półtrwania w fazie eliminacji wydłuża się. Prowadzi to do zwiększenia stężenia metforminy w osoczu.

Dzieci i młodzież

Badanie z zastosowaniem pojedynczej dawki: po podaniu metforminy w pojedynczych dawkach 500 mg profil farmakokinetyczny u dzieci był taki sam, jak u zdrowych osób dorosłych.

Badanie z zastosowaniem wielokrotnego dawkowania: dane ograniczają się do jednego badania. W przypadku powtarzanych dawek 500 mg, podawanych dwa razy na dobę przez 7 dni, maksymalne stężenie (C_{max}) w osoczu i ekspozycja układowa (AUC_{0-1}) u dzieci były mniejsze odpowiednio o 33% i 40% w porównaniu z dorosłymi chorymi na cukrzycę, którzy otrzymywali wielokrotne dawki 500 mg

dwa razy na dobę przez 14 dni. Fakt ten ma niewielkie znaczenie kliniczne, ponieważ dawka zwiększana jest indywidualnie w zależności od stopnia kontroli glikemii.

5.3 Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie

Dane przedkliniczne, uwzględniające wyniki konwencjonalnych badań farmakologicznych dotyczących bezpieczeństwa stosowania, badań toksyczności po podaniu wielokrotnym, genotoksyczności, potencjalnego działania rakotwórczego i toksycznego wpływu na reprodukcję, nie ujawniają występowania szczególnego zagrożenia dla ludzi.

6. DANE FARMACEUTYCZNE

6.1 Wykaz substancji pomocniczych

Rdzeń tabletki:

Celuloza mikrokrystaliczna
Karboksymetyloskrobia sodowa (typ A)
Kopowidon
Krzemionka koloidalna bezwodna
Magnezu stearynian

Otoczka:

Laktoza jednowodna
Hypromeloza
Makrogol 4000
Tytanu dwutlenek (E171)

6.2 Niezgodności farmaceutyczne

Nie dotyczy.

6.3 Okres ważności

5 lat

6.4 Specjalne środki ostrożności przy przechowywaniu

Przechowywać w oryginalnym opakowaniu w celu ochrony przed światłem.

6.5 Rodzaj i zawartość opakowania

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg:

Butelki polietylenowe z wieczkiem polietylenowym, zawierające 30, 60, 100, 250, 400, 500 tabletek powlekanych.

Blistry PVC/PVDC/Aluminium lub PP/Aluminium, zawierające 28, 30, 50, 56, 60, 84, 90, 100, 120, 180, 250, 270 tabletek powlekanych.

Metformin - 1 A Pharma, 850 mg:

Butelki polietylenowe z wieczkiem polietylenowym, zawierające 30, 60, 100, 200, 250, 500 tabletek powlekanych

Blistry PVC/PVDC/Aluminium lub PP/Aluminium, zawierające 20, 28, 30, 40, 50, 56, 60, 84, 90, 100, 120, 180, 250, 300 tabletek powlekanych.

Nie wszystkie rodzaje opakowań muszą znajdować się w obrocie.

6.6 Szczególne środki ostrożności dotyczące usuwania i przygotowania leku do stosowania

Brak szczególnych wymagań.

Wszelkie resztki niewykorzystanego produktu lub jego odpady należy usunąć w sposób zgodny z lokalnymi przepisami.

7. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

1 A Pharma GmbH
Keltenring 1+3
82041 Oberhaching, Niemcy

8. NUMER(-Y) POZWOLENIA(Ń) NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Metformin - 1 A Pharma, 500 mg	Pozwolenie nr:
Metformin - 1 A Pharma, 850 mg	Pozwolenie nr:

9. DATA WYDANIA PIERWSZEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU / DATA PRZEDŁUŻENIA POZWOLENIA

10. DATA ZATWIERDZENIA LUB CZĘŚCIOWEJ ZMIANY TEKSTU CHARAKTERYSTYKI PRODUKTU LECZNICZEGO