

УТВЕРЖДЕНА
Приказом председателя
Комитета контроля медицинской и
фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
« _____ » _____ 20 __ г.
№ _____

**Инструкция по медицинскому применению
лекарственного средства
КАРДОРИТМ ПЛЮС**

Торговое название
КАРДОРИТМ ПЛЮС

Международное непатентованное название
Нет

Лекарственная форма
Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг/12.5 мг, 10 мг/25 мг

Состав
Одна таблетка содержит:
активные вещества: бисопролола фумарат – 5 мг или 10 мг
 гидрохлоротиазид – 12,5 мг или 25 мг
вспомогательные вещества: целлюлоза микрокристаллическая РН 102,
кальция гидрофосфат безводный, кремния диоксид коллоидный (Аэросил
200), магния стеарат, натрия крахмала гликолят, повидон К 30
пленочная оболочка:
(для дозировки 5 мг/12.5 мг) *Sheffcoat Red 1509R62:* гидроксипропил-
метилцеллюлоза, титана диоксид (Е171), полиэтиленгликоль/ макрогол,
диметикон 350, железа оксид красный (Е172)
(для дозировки 10 мг/25 мг) *Sheffcoat Red 1509R61:* гидроксипропил-
метилцеллюлоза, титана диоксид (Е171), полиэтиленгликоль/ макрогол,
диметикон 350, железа оксид красный (Е172)

Описание
Таблетки, покрытые пленочной оболочкой розово-красного цвета, круглой формы с двояковыпуклой поверхностью и с риской на одной стороне (для дозировки 5 мг/12.5 мг).

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой кирпично-красного цвета, круглой формы с двояковыпуклой поверхностью и с риской на одной стороне (для дозировки 10 мг/25 мг).

Фармакотерапевтическая группа

Бета-адреноблокаторы в комбинации с тиазидами. Бета-адреноблокаторы селективные в комбинации с тиазидами. Бисопролол в комбинации с тиазидами.

Код АТХ С07ВВ07

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Биодоступность бисопролола, принятого в виде таблеток, покрытых оболочкой, около 90 %. Бисопролол почти полностью (> 90 %) абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Результатом высокой степени абсорбции и крайне низкого эффекта прохождения в печени (< 10 %) является значение абсолютной биодоступности, составляющей 88 %. Бисопролол может приниматься на пустой желудок или во время завтрака, что не оказывает никакого влияния на абсорбцию или биодоступность. Связывание бисопролола с белками плазмы составляет около 30 %. Патологические изменения в белках плазмы, такие как α_1 -гликопротеины, не оказывают влияния на фармакокинетику бисопролола. Пик концентрации в плазме отмечается через 1-3 часа после приема препарата. Бисопролол умеренно липофилен и поэтому слабо связывается с белками плазмы, объем распределения составляет 226 ± 11 л.

Бисопролол выводится из организма двумя одинаково эффективными путями: половина принятой дозы трансформируется в неактивные метаболиты в печени, которые выводятся через почки. Вторая половина принятой дозы выводится почками в неизменённом виде. Период полувыведения составляет 10-12 часов. C_{max} и площадь под кривой бисопролола в устойчивом состоянии биоэквивалентны в комбинации с гидрохлортиазидом и в монопрепарате.

Гидрохлортиазид

После приема внутрь около 80 % гидрохлортиазида абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Системная доступность составляет 71 ± 15 %.

Связывание гидрохлортиазида с белками плазмы составляет 64 %; относительный объем распределения 0,5 – 1,1 л/кг.

Более 95 % гидрохлортиазида выводится через почки в неизменённом виде.

При нормальной функции почек период полувыведения составляет 9-13 часов. Пик плазменной концентрации определяется через 2-5 часов после

приема. Этот период удлиняется при нарушении функции почек и составляет около 20 часов у пациентов с почечной недостаточностью.

Диуретический эффект наступает в течение 1-2 часов и длится 10-12 часов в зависимости от дозы; антигипертензивный эффект длится до 24 часов.

Фармакодинамика

Бисопролол

Бисопролол является бета-блокатором, который занимает промежуточную позицию в отношении липофильности /гидрофильности. Бисопролол – селективный β_1 -блокатор (кардиоселективный), не обладающий внутренней симпатомиметической активностью (ВСА) и клинически значимым

мембранно -стабилизирующим эффектом. Блокируя кардиальные β -рецепторы, бисопролол угнетает симпатoadрeнергическую активность. Это приводит к снижению ритма сердца и сократимости, что ведет к уменьшению потребления миокардом кислорода.

Гидрохлоротиазид

Гидрохлоротиазид является производным бензотиадиазина, который, в первую очередь, увеличивает экскрецию электролитов и во вторую – увеличивает количество выводимой мочи, увеличивая осмотическое связывание воды.

Ингибирует транспорт натрия из почечных канальцев в кровь. Это затрудняет обратное всасывание натрия. Натрийуретический эффект сопровождается увеличением выведения калия и магния.

Гидрохлоротиазид преимущественно подавляет абсорбцию натрия в дистальных канальцах, таким образом, максимально может быть выведено около 15 % натрия, прошедшего гломерулярную фильтрацию. Степень выведения хлоридов соответствует степени экскреции натрия.

Гидрохлоротиазид вызывает повышение экскреции калия, что определяется секрецией калия в дистальных канальцах и собирательных канальцах (повышается обмен между ионами натрия и калия). Диуретический эффект и способность к выведению солей гидрохлоротиазида не зависят от ацидоза или алкалоза.

Сначала наблюдается некоторое уменьшение уровня гломерулярной фильтрации. При долговременном применении гидрохлоротиазида экскреция кальция через почки может уменьшиться вплоть до развития гиперкальциемии.

Гидрохлоротиазид расслабляет гладкую мускулатуру кровеносных сосудов, что приводит к уменьшению периферического сопротивления сосудов.

У пациентов с хроническими нарушениями функции почек (клиренс креатинина менее 30 мл/мин и/или уровень креатинина в сыворотке выше 1,8 мг/100 мл) гидрохлоротиазид практически неэффективен. У пациентов с почечным или вазопрессин-чувствительным несахарным диабетом,

гидрохлоротиазид может оказать антидиуретическое действие.

Показания к применению

– лечение эссенциальной гипертензии

Способ применения и дозы

Данные фиксировано-дозированные комбинации (КАРДОРИТМ ПЛЮС, 5 мг/12,5 мг и 10 мг/25 мг) показаны пациентам, у которых не удается достичь адекватного контроля над артериальным давлением приемом только бисопролола в дозировке 5 мг или 10 мг или только гидрохлоротиазидом в дозировке 12,5 мг или 25 мг.

Рекомендуется индивидуальный подбор дозы с учетом компонентов.

По клиническим показаниям может быть осуществлен переход от монотерапии к применению фиксированной комбинации.

Обычная стартовая доза составляет 5 мг бисопролола / 12,5 мг гидрохлоротиазида в сутки, что соответствует 1 таблетке КАРДОРИТМ ПЛЮС, 5 мг/12,5 мг или ½ таблетки КАРДОРИТМ ПЛЮС, 10 мг/25 мг.

Рекомендуется индивидуальный подбор дозы.

При необходимости доза может быть увеличена до 10 мг бисопролола / 25 мг гидрохлоротиазида в сутки, что соответствует 2 таблеткам КАРДОРИТМ ПЛЮС, 5 мг/12,5 мг или 1 таблетке КАРДОРИТМ ПЛЮС, 10 мг/25 мг.

Пожилые пациенты

В норме подбора дозы не требуется. Рекомендуется начать лечение с наименьшей дозы.

Пациенты с нарушениями функции печени и почек

У пациентов с почечной недостаточностью легкой или средней степени тяжести (клиренс креатинина > 30 мл/мин) и печеночной недостаточностью легкой или средней тяжести специального подбора дозы не требуется. Однако у пациентов с нарушением функции печени легкой и средней тяжести рекомендуется проведение мониторинга функции печени (см. раздел «Особые указания»).

При сопутствующем нарушении функции почек или печени снижается выведение гидрохлоротиазида, поэтому целесообразно снижение дозы (см. раздел «Особые указания»).

Способ и продолжительность применения

Таблетки следует проглатывать целиком, запивая жидкостью, во время завтрака.

После длительного лечения – особенно при ишемической болезни сердца – следует проводить постепенную отмену препарата (принимая половинную дозу в течение 7-10 дней), т.к. резкая отмена может привести к острому ухудшению состояния пациента.

Побочные действия

Описанные побочные действия препарата КАРДОРИТМ ПЛЮС связаны с его фармакологическими свойствами.

	Частые (> 1% и < 10%)	Нечастые (>0,1% и <1%)	Редкие (>0,01% и <0,1%)	Очень редкие (< 0,01%)
Нарушения со стороны крови и лимфатической системы			- лейкопения - тромбоцитопения	- агранулоцитоз
Нарушения метаболизма	- увеличение триглицеридов и холестерина - гипергликемия и глюкозурия - гиперурикемия - нарушения соотношения электролитов в крови (особенно гипокалиемия и гипонатриемия, ведущая к гипомагниемии и гипохлоремии, а также к гиперкальциемии) - метаболический алкалоз			
Нарушения нервной системы	- усталость* - утомляемость* - головокружение* - головная боль*	- нарушения сна - депрессия	- кошмарные сновидения - галлюцинации	
Нарушения со стороны органов зрения			- уменьшение выработки слезной жидкости (особенно у пациентов с контактными линзами) - нарушения зрения	- конъюнктивиты
Нарушения со стороны органов слуха			- нарушения слуха	
Нарушения		- брадикардия	- нарушения со	

со стороны сердца			стороны AV водителя ритма - ухудшение состояния при сердечной недостаточности	
Васкулярные нарушения	- ощущение холода или онемения в конечностях	- ортостатическая гипотензия		
Респираторные, торакальные и медиастинальные нарушения		- бронхоспазм у пациентов с бронхиальной астмой или обструктивными заболеваниями дыхательных путей в анамнезе	- аллергический ринит	
Нарушения со стороны ЖКТ	- тошнота - рвота - диарея - запоры	- потеря аппетита - боли в животе - повышение уровня амилазы - панкреатиты		
Нарушения со стороны печени и желчных путей			- повышение уровня ферментов печени (АЛТ и АСТ) - гепатиты - желтуха	
Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки			- реакции гиперчувствительности (зуд, сыпь, фотоаллергическая экзантема, пурпура, крапивница)	- бета-блокаторы могут провоцировать псориаз или вызывать псориазоподобную сыпь - алопеция - кожная волчанка - эритема
Нарушения со стороны мышечной мускулатуры, соединительной ткани и костей		- мышечная слабость и судороги		
Нарушения со стороны		- повышение уровня		

почек и мочевыводящих путей		креатинина в сыворотке и моче		
Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез			- нарушения потенции	

* - Подобные симптомы особенно характерны для начала лечения. Они всегда протекают в легкой форме и исчезают в течение 1-2 недель.

Примечание

Клинические симптомы гипокалиемии: усталость, утомляемость, мышечная слабость, парестезии, парезы, апатия, адинамия гладкой мускулатуры, приводящая к запорам, метеоризм или кардиальная аритмия, паралич подвздошной кишки, нарушения сознания, кома и изменения на ЭКГ.

Лечение должно быть прекращено в следующих случаях:

- рефракторные нарушения электролитного баланса
- ортостатические регуляторные нарушения
- реакции гиперчувствительности
- заметные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта
- нарушения со стороны центральной нервной системы
- панкреатит
- изменения в клеточном составе крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)
- острый холецистит
- васкулит
- ухудшения ранее диагностированной миопии
- концентрация креатинина в сыворотке более 1,8 мг/100 мл или клиренс креатинина ≤ 30 .

Противопоказания

- гиперчувствительность к гидрохлоротиазиду и другим тиазидам, сульфонамидам, бисопрололу или к другим компонентная препарата
- острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации
- кардиогенный шок
- атриовентрикулярная блокада 2-ой или 3-й степени (без водителя ритма)
- синдром слабости синусового узла
- синоатриальная блокада
- брадикардия менее 60 уд/мин до начала лечения

- поздние стадии периферической артериальной окклюзионной болезни и синдром Рейнауда
- тяжелая форма бронхиальной астмы или тяжелые формы хронической обструктивной болезни легких
- метаболический ацидоз
- рефрактерная гипокалиемия
- тяжелая форма гипонатриемии
- гиперкальциемия
- тяжелые нарушения функции почек с олиго- или анурией (клиренс креатинина < 30 мл/мин и/или уровень креатинина в сыворотке > 1,8 мг/100 мл)
- острый гломерулонефрит
- тяжелые нарушения функции печени, включая прекому и кому
- нелеченая феохромоцитома (см. раздел «Особые указания»)
- беременность и период лактации
- одновременное применение флоктафенина и сультоприда (см. раздел «Лекарственные взаимодействия»)
- детский и подростковый возраст до 18 лет

Лекарственные взаимодействия

Общая информация

Изменение уровня калия в сыворотке может отражаться на действии других лекарственных средств.

Противопоказанные комбинации

Флоктафенин: КАРДОРИТМ ПЛЮС может подавлять компенсаторные кардиоваскулярные реакции до флоктафенин-индуцированной гипотонии или шока.

Сультоприд: совместное применение с бисопрололом может привести к повышению риска развития вентрикулярной аритмии.

Нерекомендуемые комбинации

Антагонисты кальция, такие как верапамил и, в меньшей мере, дилтиазем: оказывают негативное влияние на сократимость миокарда и атриовентрикулярную проводимость. Внутривенное применение верапамила у пациентов, получающих лечение бета-блокаторами, может привести к выраженной гипотонии и атриовентрикулярной блокаде.

Клонидин: повышает риск «гипертонии отмены», а также значительно снижает частоту сердечных сокращений и оказывает негативное влияние на проводимость сердечной мышцы. Клонидин не должен резко отменяться пока, за несколько дней до этого, не будет отменена комбинация бисопролола / фумарат / гидрохлоротиазид. Это может сопровождаться пошаговой отменой клонидина.

Ингибиторы моноаминоксидазы (за исключением ингибиторов МАО-В): усиливают гипотензивное действие бета-блокаторов, но также повышается и риск развития гипертонического криза.

Литий: КАРДОРИТМ ПЛЮС может усиливать кардиотоксическое и нейротоксическое действие лития путем уменьшения его экскреции.

Следующие лекарственные средства, не обладающие антигипертензивным действием, могут вызывать мерцательную аритмию: астемизол, эритромицин при внутривенном введении, галофантрин, пентамидин, спарфлоксацин, терфенадин, винкамин.

В случае гипокалиемии используют лекарственные средства, не вызывающие мерцательную аритмию.

Комбинации, которые должны применяться с осторожностью

Антагонисты кальция, такие как производные дигидропиридина (например, нифедипин): повышается риск развития гипотонии, особенно в начале лечения. У пациентов с латентной сердечной недостаточностью совместное применение с бета-блокаторами может привести к ухудшению состояния.

Ингибиторы АПФ (например, каптоприл, эналаприл): повышается риск резкого снижения артериального давления.

Антиаритмические лекарственные средства I класса (например, дизопирамид, хинидин): могут оказывать влияние на проводимость атриовентрикулярного узла и увеличивать негативное инотропное действие.

Антиаритмические лекарственные средства III класса (например, амиодарон): могут оказывать эффект на время проводимости атриовентрикулярного узла.

Антиаритмические лекарственные средства центрального действия могут вызывать мерцательную аритмию: лекарственные средства класса IA (хинидин, дизопирамид), амиодарон, солатол. Необходимо проводить профилактику, а при необходимости, коррекцию гипокалиемии. Проводят мониторинг QT интервала. В случае развития мерцательной аритмии антиаритмические препараты не назначают (в этом случае следует принять решение о применении электрического водителя ритма).

Парасимпатомиметики (включая такрин): могут увеличивать время проводимости атриовентрикулярного узла.

Резерпин, альфа-метилдопа, гуанфацин или клонидин могут привести к существенному снижению кровяного давления, ритма сердца или к замедлению сердечной проводимости.

Другие бета-блокаторы, включая глазные капли, могут привести к суммированию эффектов.

Инсулин и оральные антидиабетические препараты: снижение интенсивности сахароснижающего действия. Блокада β -адренорецепторов может приводить к скрытому течению симптомов гипокалиемии.

Анестетики: купирование рефлекторной тахикардии и повышение риска развития гипотонии. Продолжительная β -блокада снижает риск развития аритмии при проведении интубации. Анестезиологи должны быть проинформированы о том, что пациент получает бета-блокаторы (например, бисопролол).

Сердечные гликозиды: пролонгирование времени атриовентрикулярной проводимости. При гипокалиемии и/или гипомagneмией, развившейся вследствие терапии КАРДОРИТМ ПЛЮС может повыситься чувствительность миокарда к сердечным гликозидам, что ведет к потенцированию их эффектов и развитию побочных эффектов.

Препараты, ингибирующие синтез простагландинов: снижение гипотензивного эффекта. Назначение больших доз салицилатов может привести к развитию токсического действия салицилатов на центральную нервную систему.

У пациентов, с развившейся гиповолемией, совместное назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) может привести к развитию острой почечной недостаточности.

Производные эрготамина: обострение периферических циркуляторных нарушений.

Симпатомиметики: комбинация с бисопрололом может привести к снижению эффекта обоих препаратов. Для лечения аллергических реакций могут потребоваться более высокие дозы эпинефрина.

Трициклические антидепрессанты, барбитураты, фенотиазины, также как и другие антигипертензивные препараты: повышение антигипертензивного эффекта.

Рифампицин: препараты, влияющие на метаболизм ферментов печени, могут несколько уменьшить период полувыведения бисопролола. В норме подбора дозы не требуется.

Совместное применение с бисопролола фумаратом / гидрохлортиазидом может привести к снижению эффекта препаратов, снижающих уровень мочевой кислоты.

Одновременное применение КАРДОРИТМ ПЛЮС и глюкокортикоидов, АКТГ, карбеноксолона, амфотерицина В, фуросемида или лаксативов может привести к увеличению потерь калия.

Эффект курареподобных мышечных релаксантов может быть потенцирован или пролонгирован бисопролола фумаратом / гидрохлортиазидом.

Цитостатики (например, циклофосфамид, флуороурацил, метотрексат): может ожидаться повышение токсического влияния на костный мозг.

Холестирамин, холестипол: снижают абсорбцию гидрохлортиазид, компонента комбинации бисопролола фумарат / гидрохлортиазид.

Метилдопа: в редких случаях наблюдался гемолиз, связанный с образованием антител к гидрохлортиазиду.

Также следует соблюдать осторожность при одновременном приеме с оральными антикоагулянтами (тиазиды могут уменьшить антитромботический эффект) и пробеницидом (снижение диуретического действия).

Обоснованные комбинации

Мефлокин: повышается риск брадикардии.

Особые указания

Пациенты с любым из ниже перечисленных состояний должны проходить лечение под тщательным контролем врача:

- сердечная недостаточность (у пациентов со стабильной хронической сердечной недостаточностью лечение должно быть начато с монотерапии бисопролола фумаратом, с использованием специальной фазы подбора дозы)
- бронхоспазм (бронхиальная астма, обструктивные заболевания дыхательных путей)
- одновременная терапия ингаляторными анестетиками
- сахарный диабет с большими колебаниями уровня глюкозы в крови (симптомы гликемии могут быть скрыты)
- жёсткая диета
- текущая десенсибилизирующая терапия
- АВ блокада 1-ой степени
- стенокардия Принцметала
- периферическая артериальная окклюзионная болезнь (состояние пациента может ухудшиться, особенно в начале лечения)
- гиповолемия
- снижение функции печени.
- подагра.

При бронхиальной астме или других хронических легочных заболеваниях необходимо проводить одновременную бронходилатационную терапию. Изредка у пациентов с астмой может наблюдаться повышение резистентности дыхательных путей, поэтому может потребоваться увеличение дозы β_2 -стимуляторов.

Так как гидрохлоротиазид является компонентом пролонгированного действия, продолжительное применение КАРДОРИТМ ПЛЮС может привести к нарушениям электролитного и водного баланса, особенно гипокалиемии и гипонатриемии, ведущей к гипомагниемии и гипохлоремии, а также гиперкальциемии.

Гипокалиемия приводит к развитию тяжелых аритмий, мерцательной аритмии, которые могут быть смертельны.

Вследствие развития нарушений электролитного и водного баланса может развиваться метаболический алкалоз.

Также как и другие бета-блокаторы, бисопролол может повышать чувствительность к аллергенам, и тем самым делать течение анафилактических реакций более тяжелым. Лечение адреналином может не дать ожидаемого терапевтического эффекта.

Пациентам с псориазом или имеющим в анамнезе псориаз, лечение бета-блокаторами (т.е. бисопрололом) должно назначаться только после тщательной оценки пользы и риска.

Пациентам с феохромоцитомой бета-блокаторы (т.е. бисопролол) должны назначаться после проведения блокады альфа-рецепторов.

Терапия бета-блокаторами (т.е. бисопрололом) может привести к скрытому течению тиреотоксикоза.

Лечение бета-блокаторами (например, бисопрололом) не следует резко прерывать. Для более подробной информации см. раздел 4.2.

У пациентов с желчнокаменной болезнью может наблюдаться острый холецистит.

У пациентов, страдающих подагрой, следует проводить регулярный мониторинг плазменного уровня уратов, т.к. гидрохлоротиазид может повышать уровень мочевой кислоты.

Примечание

Во время долговременной терапии КАРДОРИТМом ПЛЮС необходимо проводить регулярный мониторинг электролитов в сыворотке (особенно калия, натрия, кальция), креатинина и мочевины, уровня липидов в сыворотке (холестерола и триглицеридов), мочевой кислоты, а также уровня глюкозы.

Во время терапии КАРДОРИТМом ПЛЮС пациенты должны получать достаточное количество жидкости и пищу, богатую калием (например, бананы, овощи, орехи), для компенсации повышенных потерь калия. Потери калия могут быть уменьшены или предотвращены одновременным приемом калийсберегающих диуретиков.

Применение в педиатрии

В связи с отсутствием опыта применения комбинации бисопролола фумарата / гидрохлоротиазида в педиатрической практике, использование у детей препарата КАРДОРИТМ ПЛЮС не рекомендуется.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

КАРДОРИТМ ПЛЮС не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами или потенциально опасными механизмами.

При исследовании, проводившемся на пациентах с коронарной болезнью сердца, выявлено, что бисопролол не нарушает способность управлять автомобилем. Однако, в силу индивидуальных реакций на лекарственные препараты, способность управлять транспортными средствами или потенциально опасными механизмами может быть нарушена. Это следует

учитывать особенно в начале лечения, при смене препарата, а также при сочетании с алкоголем.

Передозировка

Симптомы: брадикардия, гипотония, бронхоспазм, острая сердечная недостаточность и нарушения проводимости на ЭКГ.

Лечение: симптоматическое. Брадикардия, появляющаяся при передозировке, купируется атропином (1 – 2 мг внутривенно), изопrenalином или временным применением кардиостимулятора. При снижении артериального давления проводят внутривенное введение жидкостей и, при необходимости, назначают препараты, суживающие сосуды, такие как катехоламины. При бронхоспазме назначают теofilлин, производные теofilлина или β -миметики.

Если после передозировки прошло не более 2-х часов, то пациенту необходимо дать активированный уголь и провести промывание желудка. Необходимо осуществлять контроль сердечного ритма, кровяного давления, электролитного баланса и баланса глюкозы. Гемодиализ не существенно повышает выведение бисопролола.

Форма выпуска и упаковка

По 10 таблеток помещают в контурную ячейковую упаковку из белой пленки ПВХ-ПЭ-ПВДХ и фольги алюминиевой печатной.

По 3 контурные ячейковые упаковки вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона с голограммой фирмы-производителя.

Условия хранения

Хранить при температуре не выше 25 °С, в сухом, защищенном от света месте.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

2 года

Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек

По рецепту

Производитель/Упаковщик

АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика»

Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Шевченко, 162 Е

Держатель регистрационного удостоверения

АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика»
Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Шевченко, 162 Е

Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта) организации на территории Республики Казахстан, принимающей, претензии (предложения) по качеству лекарственных средств от потребителей:

АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика»
Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Шевченко, 162 Е
Номер телефона: (+7 727) 399-50-50
Номер факса: (+7 727) 399-60-60
Адрес электронной почты: nobel@nobel.kz

Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта) организации на территории Республики Казахстан, ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства:

АО «Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика»
Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Шевченко, 162 Е
Номер телефона: (+7 727) 399-50-50
Номер факса: (+7 727) 399-60-60
Адрес электронной почты: nobel@nobel.kz