



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	GRANISETRON	GRANISETRON AUROVITAS SPAIN1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	- Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, tanto agudos como diferidos, asociados con tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia).
		KYTRIL 1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
A04A	ONDANSETRON	ONDANSETRON ARISTO 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia.
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Prevención y tratamiento de los vómitos y náuseas posoperatorios (NVPO).
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	"Tratamiento de niños mayores de un año con vómitos cíclicos incoercibles que no responden al tratamiento con domperidona".
		ONDANSETRON BLUEFISH 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	Resolución SA 020/14 de 14 de febreri de 2014:
		ONDANSETRON BLUEFISH 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	"Tratamiento de niños mayores de un año con vómitos cíclicos incoercibles que no responden al tratamiento con domperidona".
		ONDANSETRON MYLAN 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON MYLAN 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	ONDANSETRON	ONDANSETRON NORMON 8MG 6 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON RATIO 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON RATIO 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON RATIO 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 4MG 15 COMPRIM RECUBIER PELIC EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBI PELI EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 8MG 15 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 8MG 6 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO	
		SETOFILM 4MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG	FINANCIADO	
		SETOFILM 8MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG	FINANCIADO	
		YATROX 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		YATROX 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	ONDANSETRON	YATROX 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		YATROX 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN ZYDIS 4MG 10 LIOFILIZADOS ORALES	FINANCIADO	
		ZOFRAN ZYDIS 8MG 10 LIOFILIZADOS ORALES	FINANCIADO	
		ZOFRAN 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
A07E	BUDESONIDA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A07E	BUDESONIDA	JORVEZA 0,5MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES  JORVEZA 1MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES  FINANCIADO	Tratamiento de la esofagitis eosinofílica EEO en adultos (mayores de 18 años), no respondedores o refractarios a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras, al menos, 8 semanas de tratamiento con los mismos y dieta de eliminación, y (una o ambas de las siguientes condiciones): a) Fenotipo fibro-estenosante: presencia de estenosis y anillos esofágicos demostrados por endoscopia. y/o b) Pacientes con afectación moderada-grave: disfagia intensa y/o malnutrición, y/o impactación esofágica recurrente de alimentos, y/o estenosis esofágica de alto grado, y/o recaída sintomática/histológica rápida después de la terapia inicial, y/o perforación esofágica.
A09A	PANCREATINA	KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES  KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES  KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES  KREON 25000 U 50 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES  KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES  KREON 5000U/100MG 1 FRASCO 20G GRANULADO GASTRORRESISTENTE	FINANCIADO  FINANCIADO  FINANCIADO  FINANCIADO  FINANCIADO	- Tratamiento de insuficiencia pancreática exocrina .
A11C	ALFACALCIDOL	ETALPHA 2MCG/ML 1 FRASCO DE 10ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	FINANCIADO	- Alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una producción reducida de 1,25-dihidroxitamina D3.



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A11C	CALCITRIOL	ROCALTROL 0,25MCG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	- Enfermedades relacionadas con la incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, Insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo.  - Indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.
		ROCALTROL 0,5MCG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
	PARICALCITOL	ZEMPLAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
B01A	CILOSTAZOL	CILOSTAZOL ARISTO 100MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	Cilostazol solo debe utilizarse para claudicación intermitente en aquellos pacientes en los que los cambios en el estilo de vida (abandono de hábito de fumar y programas de ejercicio físico) por sí solos no hayan resultado efectivos. Se debe evaluar el beneficio a los tres meses de instaurar el tratamiento, suspendiendo el mismo si no se observa un beneficio clínicamente relevante. En determinados grupos de pacientes como es el caso de aquellos que también utilizan inhibidores potentes del CYP3A4 o CYP2C19 es aconsejable reducir la dosis de cilostazol a 50 mg dos veces al día.
		CILOSTAZOL ARISTO 50MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL CINFA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL KERN PHARMA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL NORMON 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL PENSA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL SANDOZ 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
CILOSTAZOL STADA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
B01A	CILOSTAZOL	CILOSTAZOL TARBIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL VIATRIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL VIR 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		EKISTOL 100MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		EKISTOL 50MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
	TICLOPIDINA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
B01A	TICLOPIDINA	TICLOPIDINA CINFA 250MG 50 COMP RECUB EFG	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como Accidente Isquémico Transitorio, Déficit Neurológico Isquémico reversible, Ictus menor o Infarto Cerebral completo, cuando haya intolerancia y / o el ácido acetilsalicílico no sea adecuado.</li> <li>- Prevención de los Accidentes Tromboembólicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica obliterante de los miembros inferiores en estadio de claudicación intermitente.</li> <li>- Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cirugía con circulación extracorpórea</li> <li>* Hemodiálisis crónica.</li> </ul> </li> <li>- Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulín dependientes con retinopatía inicial.</li> <li>- Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* En cirugía de derivación aortocoronaria.</li> <li>* En angioplastia coronaria transluminal percutánea con colocación de prótesis endovascular (STENT).</li> </ul> </li> </ul>
C01B	DRONEDARONA	DRONEDARONA ARISTO 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA EFG  DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG  DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMPRIM RECUB PELIC (BLIS PVC-AL) EFG	FINANCIADO   FINANCIADO   FINANCIADO	Esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos y clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Por su perfil de seguridad, debe prescribirse solo despues de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. No debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
C01B	DRONEDARONA	MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
C02A	GUANFACINA	INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o estén contraindicados.
		INTUNIV 2MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		INTUNIV 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		INTUNIV 4MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
D05B	ACITRETINA	ACITRETINA IFC 10MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	<p>- Indicado en el tratamiento de alteraciones de la piel como psoriasis, ictiosis y enfermedad de Darier.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR:</p> <p>RESOLUCIÓN 0153/2011 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS</p> <p>- Tratamiento de la pitiriasis rubra pilaris, en aquellos casos en los que se presente, además, falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides.</p> <p>RESOLUCION SA 0007/13 de 16 de enero de 2013: "Tratamiento del liquen plano en pacientes refractarios a corticoides orales"</p>
		ACITRETINA IFC 25MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 10MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 25MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
	DIMETILFUMARATO			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D05B	DIMETILFUMARATO	SKILARENCE 120MG 180 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	Tratamiento de los pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no este recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).
		SKILARENCE 120MG 90 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		SKILARENCE 30MG 42 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
D10B	ISOTRETINOINA	ACNEMIN 10MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	- Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.
		ACNEMIN 20MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 30MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
FLEXRESAN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>D10B</b>	ISOTRETINOINA	FLEXRESAN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISDIBEN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISDIBEN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISDIBEN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOTIORGA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISOTIORGA 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		MAYESTA 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
MAYESTA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D11A	ALITRETINOINA	ALITRETINOINA IFC 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	Toctino esta indicado en adultos con eczema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrotico
		ALITRETINOINA IFC 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		TOCTINO 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		TOCTINO 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
G03A	ETONOGESTREL	IMPLANON NXT 68MG 1 IMPLANTE CON APLICADOR	FINANCIADO	-Anticoncepción.Se ha establecido su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años de edad.  Resolución SAS 150/12 de 29 de junio: - Anticoncepción en pacientes menores de 18 años con riesgo de embarazo no deseado por patología neuropsiquiátrica de base.
G03G	CORIFOLITROPINA ALFA	ELONVA 100MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Esta indicado para la estimulacion ovarica controlada (EOC) en combinacion con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de foliculos multiples en mujeres que participan en un programa de Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA).  Tratamiento de varones adolescentes (14 años en adelante) con hipogonadismo hipogonadotrófico, en combinacion con gonadotropina coriónica humana( hCG).
		ELONVA 150MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
	FOLITROPINA ALFA			



**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	FOLITROPINA ALFA	BEMFOLA 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Anovulación, incluyendo Enfermedad Ovárica Poliquística ( PCOD), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>- Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación en Técnicas de Reproducción Asistida (ART), tales como fertilización "in vitro" (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).</p> <p>- Gonal-F administrado de forma concomitante con gonadotrofina coriónica humana (HCG) está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido.</p> <p>- Gonal-F asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH, en los ensayos clínicos estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de &lt; 1,2 UI/Li.</p>
		BEMFOLA 150UI/0,25ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 150UI/0,25ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 450UI/0,75ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
BEMFOLA 75UI/0,125ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			
BEMFOLA 75UI/0,125ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	FOLITROPINA ALFA	GONAL-F 1050UI/1,75ML (77MCG/1,75ML) POLVO Y DISOLVENTE SOL INYECTABLE	FINANCIADO	
		GONAL-F 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA + 4 AGUJAS SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		GONAL-F 300UI/0,5ML 1 PLUMA PREC+8 AGUJAS SOL INY	FINANCIADO	
		GONAL-F 450UI/0,75ML 1 PLUMA PREC+12 AGUJAS SOL INY	FINANCIADO	
		GONAL-F 75UI (5,5MCG) 1 VIAL POLVO+1 JER PRECARG DISOLV SOLUC INYECTAB	FINANCIADO	
		GONAL-F 75UI (5,5MCG) 10 VIALES POLVO+10 JER PREC DISOLV SOLUC INYECTAB	FINANCIADO	
		GONAL-F 900UI/1,5ML 1 PLUMA PRECARGADA + 20 AGUJAS SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		OVALEAP 300UI /0, 5ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		OVALEAP 450UI /0,75ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		OVALEAP 900UI /1,5ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
FOLITROPINA ALFA / LUTROPINA ALFA		PERGOVERIS 150 UI/75 UI 3 VIALES POLVO + 3 VIALES DISOLV SOLUC INYECTABLE	FINANCIADO	- En mujeres con déficit severo de LH y FSH para la estimulación del desarrollo folicular. En los ensayos clínicos, estas pacientes se eligieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 <UI/l.
		PERGOVERIS 150UI/75UI 10 VIALES POLVO + 10 VIALES DISOLVENTE SOLUC INYEC	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	FOLITROPINA ALFA / LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS 150/75UI 1 VIAL POLVO + 1 VIAL DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		PERGOVERIS (300UI + 150UI)/0,48ML 1 PLUMA PREC 0,48ML + 5 AGU SOL INYECT	FINANCIADO	
		PERGOVERIS (450UI + 225UI)/0,72ML 1 PLUMA PREC 0,72ML + 7 AGU SOL INYECT	FINANCIADO	
		PERGOVERIS (900UI + 450UI)/1,44ML 1 PLUMA PREC 1,44ML + 14 AGU SOL INYECT	FINANCIADO	
FOLITROPINA BETA	PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO DE 0,36ML SOLUCION INYECTABLE	PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO DE 0,36ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	- Anovulación, incluyendo Enfermedad Ovárica Poliquística ( PCOD), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
		PUREGON 600UI/0,72ML 1 CARTUCHO DE 0,72ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	- Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en programas de reproducción asistida, (ej: fertilización in vitro, transferencia de embriones FIV /TE, transferencia intratubarica de gametos GIFT e inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI).
		PUREGON 900UI/1,08ML 1 CARTUCHO DE 1,08ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	- En el varón, espermatogénesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrófico.
FOLITROPINA DELTA	REKOVELLE 12MCG/0,36ML 1 CARTUCHO 0,36ML + 3 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	REKOVELLE 12MCG/0,36ML 1 CARTUCHO 0,36ML + 3 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO	Estimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida (TRA) tales como fecundacion in vitro (FIV) o ciclo de inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI).
		REKOVELLE 36MCG/1,08ML 1 CARTUCHO 1,08ML + 6 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO	
		REKOVELLE 72MCG/2,16ML 1 CARTUCHO 2,16ML + 9 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO	
GONADOTROFINA CORIONICA				



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	GONADOTROFINA CORIONICA	GONASI KIT 5000UI 1 VIAL POLVO Y 1 JERINGA PREC CON DISOLVENTE PARA SOL INYECT	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento de la Esterilidad funcional femenina, por insuficiente secreción hipofisaria o por falta de respuesta ovárica al estímulo normal hipofisario. Amenorrea primaria y secundaria, Oligomenorrea, y ciclos anovulatorios.</li> <li>- Tratamiento de la Esterilidad funcional masculina, por insuficiente secreción hipofisaria o por falta de respuesta testicular al estímulo normal hipofisario.</li> <li>- Oligoespermia, astenospermia, oligoastenospermia, azoospermia por fracaso hipofisario, hipogonadismo funcional, eunucoidismo funcional y critorquidia.</li> <li>- De gran utilidad en el tratamiento de la menometrorragia funcional, amenaza de aborto y aborto habitual.</li> </ul>
		OVITRELLE 250MCG 1 PLUMA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida (FIV), para desencadenar la maduración folicular final y la luteinización tras la estimulación folicular.</li> <li>- En mujeres con anovulación u oligo-ovulación para desencadenar la ovulación y la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.</li> </ul>
	LUTROPINA ALFA	LUVERIS 75UI 10 INYECTABLES POLVO Y DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luveris, asociado a un preparado de Hormona Foliculoestimulante (FSH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con déficit severo de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de &lt; 1,2 UI/L.</li> </ul>
	MENOTROPINA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	MENOTROPINA	MERIOFERT KIT 150UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada (hoc) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).
		MERIOFERT KIT 150UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYEC	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 75UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 900UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Inducción de la ovulación: para la inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	MENOTROPINA	MENOPUR 1200UI 1 VIAL + 2 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY	FINANCIADO	<p>Tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones:</p> <p>* Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimulación del crecimiento folicular. Inducción de la ovulación, seguida o no de inseminación artificial (IA) (anovulación, incluyendo Síndrome de Ovario PoliQuístico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>* Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples (p.ej. fecundación in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.</p> <p>* Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.</p>
		MENOPUR 600UI 1 VIAL+1 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY	FINANCIADO	
		MENOPUR 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		MENOPUR 75UI 5 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
	UROFOLITROPINA	FOSTIPUR 150UI/ML 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>-Anovulación( incluyendo síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>-Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).</p>
		FOSTIPUR 150UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		FOSTIPUR 75UI 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		FOSTIPUR 75UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
G04B	ALPROSTADIL	CAVERJECT 10MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA	FINANCIADO	- Disfunción eréctil: tratamiento y diagnóstico (junto a otras pruebas diagnósticas).

## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G04B	ALPROSTADIL	CAVERJECT 20MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA	FINANCIADO	
		MUSE 1000MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR	FINANCIADO	- Tratamiento de la disfuncion erectil, de etiologia principalmente organica.
		MUSE 500MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR	FINANCIADO	- Coadyuvante de otras pruebas para el diagnostico tratamiento de la disfuncion erectil.
H01A	PEGVISOMANT	SOMAVERT 10MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y / o radiación o en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.
		SOMAVERT 15MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 20MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 25MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 30MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
H01C	CETRORELIX	CETROTIDE 0,25MG/VI 1 VIAL POLVO + 1 JERINGA PRECARGADA SOLUC INYECT	FINANCIADO	- Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida por extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida.  Nota: En ensayos clínicos CETRORELIX fue utilizado con Gonadotropina Menopáusica Humana (HMG). La experiencia con FSH recombinante, aunque limitada, demostró una eficacia similar.
		CETROTIDE 0,25MG/VI 7 VIALES POLVO + 7 JERINGAS PRECARG SOLUC INYECTAB	FINANCIADO	
	GANIRELIX	ASTARTE 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PREC 0,5ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	- Prevención de picos prematuros de Hormona Luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida.



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	GANIRELIX	ASTARTE 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PREC 0,5ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECT EFG	FINANCIADO	
		GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 6 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCION INYECT EFG	FINANCIADO	
		ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 5 JERING PRECAR 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
LANREOTIDA		SOMATULINA AUTOGEL 120MG 1 JER PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.</p> <p>- Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).</p>
		SOMATULINA AUTOGEL 60MG 1 JER PRECARGADA 0,3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMATULINA AUTOGEL 90MG 1 JER PRECARGADA 0,3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
OCTREOTIDA				



**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	OCTREOTIDA	OCTREOTIDA GP PHARM 0,5MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	<p>- Acromegalia:            * Control sintomático y reducción de niveles plasmáticos de Hormona del Crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. Pacientes acromegálicos en malas condiciones físicas o poco dispuestos a sufrir intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.</p> <p>- Tumores gastropancreáticos:            * Para la mejoría de síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos: tumores carcinoides, vipomas, glucagonomas, insulinomas, gastrinomas, GRFomas. No es curativo en estos pacientes.</p> <p>- Cirugía Pancreática: prevención de las complicaciones surgidas tras cirugía pancreática.</p> <p>- Varices gastro-esofágicas sangrantes: tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de hemorragia recurrente debido a varices gastroesofágicas en pacientes afectos de cirrosis.</p> <p>Resolución SA 0457/13 de 1 de Agosto:            "Tratamiento del Sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales"</p>
		OCTREOTIDA GP PHARM 1MG/5ML (0,2MG/ML) 1 VIAL 5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA GP-PHARM 0,05MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA GP-PHARM 0,1MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUC INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA SUN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		SANDOSTATIN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION	FINANCIADO	
		SANDOSTATIN 50MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	OCTREOTIDA	SANDOSTATIN LAR 10MG 1 VIAL POLVO Y DISOV PARA SUSP INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Indicado en el tratamiento de la acromegalia en:            * Pacientes que estan controlados de forma adecuada mediante tratamiento subcutáneo con Sandostatin.            * Pacientes en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz, o durante el periodo que transcurre hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.</p> <p>- Tumores endocrinos gastroenteropancreopáticos en pacientes en los que los síntomas estan adecuadamente controlados con Sandostatin subcutáneo.</p> <p>Resolución SA 032221/15 de 19 de octubre de 2015:            Tratamiento de sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales.</p>
		SANDOSTATIN LAR 20MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	FINANCIADO	
		SANDOSTATIN LAR 30MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	FINANCIADO	
H02A	PASIREOTIDA	SIGNIFOR 20MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO	<p>Financiacion restringida unicamente a la indicacion: el tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugia no es una opcion o no ha sido curativa y que no estan adecuadamente controlados con el tratamiento con otro analogo de somatostatina. Por tanto, es una alternativa farmacologica cuando los actuales analogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia.</p>
		SIGNIFOR 40MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO	
		SIGNIFOR 60MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO	
H02A	METILPREDNISOLONA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H02A	METILPREDNISOLONA	URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	<p>- Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan vía intravenosa.</p> <p>- Esta especialidad está indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, enfermedades de los órganos internos, enfermedades cutáneas, también la inmunosupresión tras trasplante y como coadyuvante en los tratamientos con citostáticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la Enfermedad de Addison y tras adrenalectomía.</p>
H05B	PARICALCITOL	PARICALCITOL AUROVITAS SPAIN 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	Paricalcitol esta indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5) tanto en pacientes sometidos a hemodialisis como a diálisis peritoneal.
		PARICALCITOL CINFA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL NORMON 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL TEVA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PLEOPAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
J01D	CEFEPIMA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFEPIMA	CEFEPIMA COMBINO PHARM 1G 1 VIAL POLVO SOLUC INYECT Y PERFUSION EFG	FINANCIADO	<p>ADULTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía grave.</li> <li>-Infecciones del tracto urinario complicadas incluyendo pielonefritis.</li> <li>-Infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar.</li> <li>-Septicemia y bacteriemia.</li> <li>-Tratamiento empírico de los episodios febriles en pacientes con neutropenia.</li> </ul> <p>NIÑOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratamiento empírico de los episodios febriles en pacientes con neutropenia.</li> <li>-Meningitis bacteriana.</li> </ul>
	CEFOTAXIMA	CEFOTAXIMA NORMON IM 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG  CEFOTAXIMA NORMON IV 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG	FINANCIADO  FINANCIADO	<p>- Infecciones graves causadas por gérmenes sensibles a la cefotaxima tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infecciones del tracto respiratorio superior e inferior.</li> <li>* Infecciones renales y de vías urinarias, incluyendo enfermedad gonocócica no complicada, celulitis pélvica, endometritis, anexitis, prostatitis.</li> <li>* Infecciones de piel y tejidos blandos (incluyendo quemaduras y heridas infectadas).</li> <li>* Infecciones óseas y articulares, tales como osteomielitis y artritis séptica.</li> <li>* Infecciones de la cavidad abdominal: (peritonitis, infecciones de las vías biliares y del tracto gastrointestinal).</li> <li>* Infecciones otorrinolaringológicas.</li> <li>* Septicemias.</li> <li>* Endocarditis.</li> <li>* Meningitis y otras infecciones del S.N.C.</li> </ul>
	CEFOXITINA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFOXITINA	CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10ML EFG	FINANCIADO	<p>- En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía y abscesos pulmonares.</li> <li>* Infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo cistitis agudas no complicadas, uretritis o cervicitis gonocócica no complicada. Sin embargo, la Cefoxitina no puede considerarse el tratamiento de elección en estas infecciones.</li> <li>* Infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis y abscesos intra-abdominales.</li> <li>* Infecciones ginecológicas, incluyendo endometritis, celulitis pélvica y enfermedad inflamatoria pélvica. Cefoxitina no es activa frente a chlamydia trachomatis, por lo tanto, cuando Cefoxitina sea utilizada en el tratamiento de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y chlamydia trachomatis sea uno de los posibles patógenos, deberá administrarse además un tratamiento apropiado frente a chlamydia.</li> <li>* Septicemia causada por gérmenes gram-negativos.</li> <li>* Infecciones óseas y articulares.</li> <li>* Infecciones de la piel y tejidos blandos.</li> <li>* En profilaxis quirúrgica, la administración perioperatoria de Cefoxitina puede reducir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugía limpia (histerectomía vaginal y / o abdominal, cesárea) o en cirugía contaminada (colorrectal, apendicectomía). Sin embargo, Cefoxitina no es el antibiótico de elección en la cirugía contaminada.</li> </ul>
	CEFTAZIDIMA			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFTAZIDIMA	CEFTAZIDIMA NORMON 1G 1V+AMP POLV+DIS SOL INY EFG	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones graves; por ej. septicemia, infecciones en pacientes inmunodeprimidos.</li> <li>- Infecciones de las vías respiratorias inferiores.</li> <li>- Infecciones de las vías urinarias.</li> <li>- Infecciones intraabdominales incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar.</li> <li>- Infecciones ginecológicas.</li> <li>- Infecciones de la piel y tejidos blandos.</li> <li>- Infecciones óseas y de las articulaciones.</li> </ul>
	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G V+AMP SOL INY IM EFG	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En infecciones causadas por los gérmenes sensibles a este antibacteriano, tales como: sepsis, meningitis, infecciones abdominales (peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).</li> <li>- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.</li> <li>- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.</li> <li>- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).</li> <li>- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonía, y de garganta, nariz y oídos.</li> <li>- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).</li> <li>- Profilaxis perioperatoria de infecciones.</li> <li>- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de Borreliosis de Lyme.</li> </ul>
		CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G 10 VIALES POLVO SOLUC INYECT I.V. EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 1G IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 1000MG 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT IV EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 250MG IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 500MG IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 500MG IV 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA QILU 1G 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECT Y PERF EFG	FINANCIADO	
J01F	CLINDAMICINA			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01F	CLINDAMICINA			adecuadamente al tratamiento convencional.
	LINCOMICINA CLORHIDRATO	LINCOCIN 600MG 1 AMPOLLA 2ML INYECTABLE	FINANCIADO	- Tratamiento de las infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).
J01G	AMIKACINA	AMIKACINA NORMON 500MG/VIAL 1 VIAL 2ML SOL INY EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).
J01X	FOSFOMICINA	FOSFOCINA 1G 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION PARA PERF	FINANCIADO	Fosfomicina Intravenosa esta indicada en el tratamiento de infecciones complicadas o graves: Urinarias, dermatológicas, ginecológicas, respiratorias, del aparato locomotor, quirúrgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por microorganismos sensibles a la fosfomicina. En casos de infecciones hospitalarias graves (septicemias, endocarditis, meningitis), es imprescindible utilizar la fosfomicina en asociación con otros antibióticos. La fosfomicina se puede utilizar en la meningitis estafilococica meticilin-resistente en asociación con otros antibióticos.
		FOSFOMICINA LEVEL 1G 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT	FINANCIADO	
	VANCOMICINA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01X	VANCOMICINA	VANCOMICINA PFIZER 1000MG 1 VIAL POLVO CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG  VANCOMICINA PFIZER 500MG 1 VIAL POLVO CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG	FINANCIADO  FINANCIADO	<p>- Tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos Gram positivos resistentes a Beta-lactámicos, entre las que cabe destacar: abscesos cerebrales, endocarditis bacteriana, infecciones óseas, erisipela, meningitis, septicemia.</p> <p>- Alternativa a Beta-lactámicos en el tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos Gram positivos en pacientes alérgicos a estos antibióticos.</p> <p>- Profilaxis quirúrgica en intervenciones que comporten la implantación de material protésico en un entorno de alta incidencia de infecciones causadas por Staphylococcus meticillin resistentes.</p> <p>- Se recomienda el uso de Vancomicina en la profilaxis de la Endocarditis Bacteriana en pacientes de alto riesgo alérgicos a Beta-lactámicos y que vayan a ser sometidos a procedimientos dentales o quirúrgicos.</p> <p>- Vancomicina Normon ( 500 mg y 1000 mg ) inyectable IV, puede ser administrada por vía oral en el tratamiento de Colitis Pseudomenbranosa y Enterocolitis Estafilococica asociadas a antibióticos en aquellos casos graves en los que esté en peligro la vida del paciente y cuando fracase el tratamiento con Metronidazol. No es eficaz la vía oral en otro tipo de infecciones.</p>
J07A	AG H.INFLUENZAE TIPO B			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J07A	ANTIGENO POLISACARIDO MENINGOCOCO GR C / PROTEINA CRM 197 DE LA DIFTERIA	MENINGITEC 1 JERINGA PRECARGADA CON AGUJA SUSPENSION INYECTABLE  MENJUGATE 10MCG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,6ML SUSPENSION INYECTABLE	FINANCIADO  FINANCIADO	<p>- Inmunización activa de niños desde los 2 meses de edad, adolescentes y adultos para la prevención de enfermedades invasivas producidas por Neisseria meningitidis serogrupo C (Meningitis C).</p> <p>- Niños incluidos en el Plan de Vacunación Andaluz, en caso de producirse roturas de existencias en los centros del SAS.</p> <p>- Para el resto de población sólo serán susceptibles de visados aquellas recetas prescritas a personas incluidas en los siguientes grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Personas con déficit de properdina y fracciones terminales del complemento (C6-C9).</li> <li>* Asplenia anatómica y / o funcional.</li> <li>* Enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias hematológicas.</li> <li>* Inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas.</li> </ul>
L01A	CICLOFOSFAMIDA	GENOXAL 50MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	<p>Ciclofosfamida esta indicada dentro de un regimen de quimioterapia combinada o como monoterapia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-linfoma de hodgkin, linfomas no hodgkin y mieloma multiple.</li> <li>-leucemia linfocitica cronica (IIc) y leucemia linfocitica aguda (IIa).</li> <li>-leucemia mieloide cronica y leucemia linfoblastica aguda.</li> <li>-sarcoma de ewing.</li> <li>-neuroblastoma avanzado o metastasico.</li> <li>-carcinoma de mama y ovarico metastasico.</li> <li>-tratamiento adyuvante del carcinoma de mama.</li> <li>-carcinoma microcitico de pulmon.</li> <li>-como inmunosupresor en trasplantes de organos y de medula osea.</li> <li>-en enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de wegener y formas progresivas graves del les (nefritis lupica).</li> </ul>

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01C	ETOPOSIDO	VEPESID 100MG 10 CAPSULAS BLANDAS  VEPESID 50MG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO  FINANCIADO	Tratamiento de las siguientes neoplasias:  - tumores testiculares en primera linea de tratamiento, en regimenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirurgicos y/o radioterapicos adecuados. - tumores testiculares refractarios: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugia, quimioterapia y radioterapia adecuadas. - carcinoma microcitico de pulmon: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etoposido puede ser tambien eficaz en otros tipos histologicos de carcinoma de pulmon) - enfermedad de Hodgking - linfomas malignos (no hodgkinianos) - leucemia aguda monocitica y mielomonocitica) - Cancer ovarico (NUEVA INDICACION): Vepesid esta indicado en combinacion con otros farmacos quimioterapeuticos aprobados para el tratamiento del cancer ovarico no epitelial en adultos. Vepesid esta indicado para el tratamiento del cancer ovarico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.
L01X	ANAGRELIDA			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01X	ANAGRELIDA	ANAGRELIDA ACCORDPHARMA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	<p>- Reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial que no toleran el tratamiento que están siguiendo ó cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.</p> <p>Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una ó más de las siguientes 3 características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 60 años.</li> <li>Recuento de plaquetas &gt; 1.000 * 1.000.000.000 / L</li> <li>Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.</li> </ul>
		ANAGRELIDA ARISTO 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA GLENMARK 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA RATIOPHARM 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA STADA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA TEVA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		XAGRID 0,5MG 1 FRASCO 100 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
MITOTANO	LYSODREN 500MG 100 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático del carcinoma de la corteza suprarrenal avanzado (inextirpable, metastásico o de recaída). No se ha determinado el efecto de Lysodren en el carcinoma no funcional de la corteza suprarrenal.	
TRETINOINA				

## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01X	TRETINOINA	VESANOID 10MG 100 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	<p>Indicado en combinacion con el trioxido de arsenico o quimioterapia para el tratamiento de la leucemia promielocitica aguda (LPA) en pacientes de nuevo diagnostico, recidivantes o refractarios a la quimioterapia (ver seccion 4.2 y 5.1). Regimenes de tratamiento</p> <p>La combinacion de tretinoina con quimioterapia o trioxido de arsenico es conocida por ser eficaz e inducir tasas muy altas de remision hematologica en pacientes con casos de LPA confirmados geneticamente, es decir, los pacientes cuyos blastocitos albergan la t(15:17) por cariotipo o FISH o la fusion PML-RARa detectada por PCR. Por lo tanto, la confirmacion del diagnostico genetico es obligatoria. El tratamiento combinado con trioxido de arsenico ha mostrado ser una opcion de tratamiento efectivo en pacientes de reciente diagnostico con riesgo bajo-medio de LPA. Sin embargo, como la LPA se caracteriza por un alto riesgo de muerte hemorragica temprana, las recomendaciones actuales indican que el tratamiento temprano con tretinoina se inicie tan pronto como sea posible ante un caso de sospecha morfologica. Para seleccionar la estrategia de tratamiento debe tenerse en cuenta el riesgo de recaida, indicado mediante recuento pre-terapeutico de globulos blancos (RGB) y el recuento de plaquetas (puntuacion Sanz) con alto riesgo (RGB &gt; 10x10<sup>9</sup>/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10<sup>9</sup>/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10<sup>9</sup>/L, recuento de plaquetas &gt; 40x10<sup>9</sup>/L).</p>

## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L02A	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL DIARIO 0,1MG 7 VIALES POLVO Y DIS PARA SOL INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Infertilidad femenina: tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (FIVTE).</p> <p>Resolución SA 0383/16 de 11 de noviembre de 2016</p> <p>- Para el bloqueo de desarrollo puberal en pacientes que presentan al menos, estadio II de Tanner. Se excluyen pacientes prepúberes.</p>



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L02A	TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DEPOT 3,75MG 1JER PREC POL Y DIS SOL IN	FINANCIADO	<p>En el Hombre: - Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente.</p> <p>En la Mujer: - Miomas uterinos sintomáticos, cuando está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas individuales previa a la programación de la enucleación del mioma o histerectomía. - Endometriosis sintomática confirmada por laparoscopia, cuando por su extensión está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica ya que el tratamiento quirurgico no está indicado como primera medida.</p> <p>En Niños: - Tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años.)</p> <p>Resolución SA 0383/16 de 11 de noviembre de 2016</p> <p>- Para el bloqueo de desarrollo puberal en pacientes que presentan al menos, estadio II de Tanner. Se excluyen pacientes prepúberes.</p> <p>POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS:</p> <p>-Supresión del desarrollo puberal en personas transexuales, en la infancia y adolescencia.</p>
L03A	INTERFERON GAMMA 1B	IMUKIN 100MCG 1 VIAL 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	- Tratamiento coadyuvante a la antibioterapia para reducir la frecuencia de infecciones graves en pacientes con granulomatosis crónica (GC).
L04A	CICLOSPORINA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	CICLOSPORINA	CIQORIN 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	<p>- Prevención del rechazo del injerto en transplante de riñón, hígado, corazón-pulmón, pulmón, páncreas y médula ósea.</p> <p>- Tratamiento del rechazo en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.</p> <p>- Profilaxis y tratamiento de la Enfermedad del Injerto con el Huésped (EICH) en el transplante de médula ósea.</p> <p>- Uveítis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión. Uveítis de la Enfermedad de Behçet.</p> <p>- Psoriasis severa en placas, cuando la terapia convencional, tópica y sistémica resulta ineficaz o inadecuada. No en niños.</p> <p>- Síndrome Nefrótico secundario a nefropatía de cambios mínimos, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosa, en pacientes dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.</p> <p>- Artritis Reumatoide activa severa, en pacientes en quienes los agentes antirreumáticos clásicos de acción lenta resultan inadecuados o ineficaces. No en niños.</p> <p>- Dermatitis atópica severa, en pacientes en quienes la terapia convencional resulta ineficaz o inadecuada.</p> <p>- Psoriasis y dermatitis atópicas.</p> <p>INDICACION AUTORIZADA POR RESOLUCION 0381/10 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: -En la prevención del rechazo en los pacientes sometidos a una queratoplastia de alto riesgo.</p>
		CIQORIN 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		CIQORIN 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		SANDIMMUN NEORAL 100MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		SANDIMMUN NEORAL 100MG/ML SOLUCION ORAL 50ML	FINANCIADO	
		SANDIMMUN NEORAL 25MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		SANDIMMUN NEORAL 50MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	CICLOSPORINA			<p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 0300/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: - Tratamiento de la neumonía intersticial asociada a dermatomiositis, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicaciones a corticoides.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 0301/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: - Tratamiento del pioderma gangrenosos en los casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicaciones a corticoides.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 0303/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: - Tratamiento del síndrome antisintetasa con enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a corticoides.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 0027/12 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: - Tratamiento de la fascitis eosinofílica en pacientes que presentan contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides.</p> <p>- Resolución SA 0068/12 de 15 de marzo de 2012: " Tratamiento de la leucemia de linfocitos grandes granulares".</p> <p>- Resolución SA352/2012 de 15 de noviembre de 2012: "Tratamiento de la urticaria crónica refractaria al tratamiento con antihistamínicos"</p> <p>Resolución 216/12 del SAS de 16 de Octubre. se</p>

## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	CICLOSPORINA			<p>autoriza el visado de las recetas de Ciclosporina para: "Tratamiento del síndrome hemofagocítico".</p> <p>Resolución 219/12 de 19 de Octubre del SAS. se autoriza el visado de las recetas de Ciclosporina para: Tratamiento a corto plazo (&lt; 3 meses) de la colitis ulcerosa severa resistente al tratamiento con corticoides.</p> <p>Resolución 0524/13 de 27 de Noviembre de 2013: " Tratamiento de la aplasia pura de la serie roja en caso de fracaso, intolerancia o contraindicación al uso de corticoides ".</p> <p>Resolución SA 028/14 6 de marzo: "Tratamiento del síndrome mieloplásico de bajo riesgo".</p> <p>Resolución SA 0161/15 de 11 de Junio: " Tratamiento de miastenia gravis en aquellos casos en los que existe falta de respuesta intolerancia o contraindicación a azatioprina".</p>
	EVEROLIMUS			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	EVEROLIMUS	CERTICAN 0,1MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES	FINANCIADO	<p>- Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. Debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.</p> <p>-Trasplante hepático. Certican está indicado para la profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático, en esta indicación debe usarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS.</p> <p>Resolución 0163/11. La profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos que han recibido un trasplante pulmonar y que, además, presentan contraindicación, falta de respuesta o efectos adversos al micofenolato de mofetilo y a la azatioprina.</p> <p>Resolución 0158/13: -"Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático alogénico en alguna de las siguientes circunstancias: neurotoxicidad y/o nefrotoxicidad asociada al tratamiento inmunosupresor de primera línea, neoplasia postrasplante o rechazo crónico sin respuesta a otros inmunosupresores".</p>
		CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES	FINANCIADO	
		CERTICAN 0,5MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		CERTICAN 0,75MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		CERTICAN 1MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
	LEFLUNOMIDA			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	LEFLUNOMIDA	ARAVA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	<p>- Artritis Reumatoide activa de pacientes adultos como un "fármaco modificador de la enfermedad" (DMARD).</p> <p>- Artritis psoriásica activa.</p> <p>Nota: el tratamiento reciente con "fármacos modificadores de la enfermedad" (DMARDs) hepatotóxicos o hematotóxicos puede resultar en un incremento de los efectos adversos; por tanto, el inicio del tratamiento con Leflunomida debe sopesarse cuidadosamente en estos casos en lo referente a la relación beneficio / riesgo.</p> <p>Sin embargo, al cambiar de Leflunomida a otro DMARD sin período de lavado, pueda darse la posibilidad de que se presenten efectos adversos aditivos, incluso durante un largo período de tiempo después del cambio.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR:</p> <p>RESOLUCIÓN 0302/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS:</p> <p>_Tratamiento de la granulomatosis de Wegener, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicación al tratamiento de elección con ciclofosfamida y corticoides.</p> <p>RESOLUCIÓN SA 0083/13 DE 4 DE MARZO DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS:</p> <p>-"Tratamiento de la vasculitis de pequeño y mediano calibre (Granulomatosis de Wegener, Poliangeitis microscópica, Síndrome Churg-Strauss, Poliarteritis Nodosa o Crioglobulinemia) en las que haya fracasado o no sea posible emplear el tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y azatioprina".</p>
		ARAVA 20MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)	FINANCIADO	
		ARAVA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (FRASCO)	FINANCIADO	
		LEFLUARTIL 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUARTIL 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
LEFLUNOMIDA AUROVITAS 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
LEFLUNOMIDA CINFA 10MG 30 COMPR RECUB PELIC (FRASCO CILINDRICO) EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	LEFLUNOMIDA	LEFLUNOMIDA CINFA 20MG 30 COMPRIM RECUB PELIC (FRASCO CILINDRICO) EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA MEDAC 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA MEDAC 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA NORMON 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA NORMON 20MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA NORMON 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA RATIOPHARM 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA RATIOPHARM 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA STADA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA STADA 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LEFLUNOMIDA VIATRIS 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA (AL/AL) EFG	FINANCIADO	
LEFLUNOMIDA VIATRIS 20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA (AL/AL) EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	MICOFENOLATO DE MOFETILO	CELLCEPT 1G/5ML 1 FRASCO 110G POLVO PARA SUSP ORAL	FINANCIADO	<p>- En combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de transplante en pacientes sometidos a transplante alogénico renal, cardíaco o hepático.</p> <p>INDICACIONES AUTORIZADAS POR RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS:</p> <p>-Resolución 0187/10. Tratamiento del síndrome nefrótico causado por una glomerulonefritis membranosa, en aquellos casos en los que se presente, además, alguna de las situaciones clínicas siguientes:</p> <p>a. Insuficiencia renal crónica ya establecida, aunque no muy avanzada.</p> <p>b. Función renal normal o inicio de deterioro de la función renal, con intolerancia o contraindicación a esteroides, ciclofosfamida/clorambucil o ciclosporina.</p> <p>-Resolución 0324/10. Tratamiento del síndrome nefrótico causado por una glomerulonefritis de cambios mínimos, en aquellos caso en los que se presente, además, alguna de las situaciones clínicas siguientes: falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides y ciclosporina.</p> <p>-Resolución 0391/10. Tratamiento de las manifestaciones renales del lupus eritematoso sistémico, en aquellos casos en los que se presente, además, alguna de las situaciones clínicas siguientes: falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides, ciclofosfamida y azatioprina.</p> <p>-Resolución 0213/2011. Tratamiento de la miastenia gravis, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a azatioprina y a alguno de los siguientes fármacos: metotrexato, tacrolimus o ciclosporina.</p> <p>-Resolución 0197/2011. Tratamiento del síndrome nefrótico secundario a una glomerulonefritis focal y segmentaria, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o</p>
		CELLCEPT 250MG 100 CAPSULAS	FINANCIADO	
		CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO ACCORD 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 250MG 100 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG	FINANCIADO			
MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	MICOFENOLATO DE MOFETILO	MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500MG 50 COMPR RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	<p>contraindicación a corticoides y ciclosporina. -Resolución 0095/12: Tratamiento de la neumopatía intersticial en pacientes que presenten contraindicación o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y azatiopirina. -Resolución SA 0029/12 de 10 de febrero 2012: Tratamiento de las manifestaciones hematológicas del lupus eritematoso sistémico, en aquellos casos en los que se presenten, además, las situaciones clínicas siguientes: falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides y azatiopirina. Resolución 104/12 SA de 24 de Abril : "Tratamiento de la vasculitis asociada a ANCA o poliarteritis nodosa, en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y azatiopirina". Resolución del SAS 130/2012 de 28 de mayo: "Tratamiento de las manifestaciones dermatológicas asociadas a Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con fármacos antimaláricos y al menos un fármaco inmunosupresor (metotrexato, azatiopirina o ciclosporina)". Resolución 148-12 29 de Junio de 2012: Tratamiento de la urticaria-vasculitis, en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides y azatiopirina . Resolución383/2012 de 10 de Diciembre: Tratamiento de la esclerodermia sistémica difusa en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides y metotrexato" Resolución 0101/13 de 12 de marzo de 2013 : "Tratamiento de la hepatitis autoinmune en pacientes que presentan contraindicación, intolerancia o fracaso al tratamiento con</p>
		MICOFENOLATO DE MOFETILO KERN PHARMA 500MG 50 COMPR RECUB PEL EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO STADA 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO TECNIGEN 500MG 50 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 250MG 100 CAPSULAS EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO MOFETILO ACCORD 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		MICOFENOLATO MOFETILO AUROVITAS SPAIN 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 250MG 100 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	MICOFENOLATO DE MOFETILO	MYFENAX 250MG 100 X 1 CAPSULAS DURAS EFG  MYFENAX 500MG 50 X 1 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO  FINANCIADO	Azatioprina". Resolución SA 0138/13 de 27 de marzo de 2013: " Profilaxis del rechazo de organos en pacientes que reciben un trasplante pulmonar alogénico" Resolución SA 0139/2013 de 27 de marzo : "Tratamiento de la neuromielitis óptica en pacientes que presentan contraindicación, intolerancia, o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con azatioprina" Resolución SA 0160/13 de 9 de abril 2013: Tratamiento de la vasculitis de pequeño y mediano calibre (Granulomatosis de Wegener, Poliangeitis microscopica, Síndrome Churg_Strauss, Poliarteritis Nodosa o Crioglobulinemia), en pacientes que presentan contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y azatioprina. Resolución SA 0511/13 de 7 de noviembre 2013: "Tratamiento de la glomerulonefritis IgA, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a tratamiento previo con ciclofosfamida y azatioprina". Resolución SA 0506/13 de 7 de noviembre de 2013: "Tratamiento de la neumopatía intersticial en pacientes que presentan contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con corticosteroides, y al menos uno, de los siguientes principios activos, ciclofosfamidias o azatioprina." Resolución SA 510/2013 de 7 de noviembre de 2013: "Tratamiento del pioderma gangrenoso, en pacientes que no responden o que presentan intolerancia al tratamiento sistémico de elección( corticosteroides y ciclosporina). " Resolución SA 0523/13 de 27 Noviembre de 2013: " Tratamiento de la dermatitis atópica severa (SCORAD >40), refractaria a corticoides y, al menos, a otro inmunosupresor de elección ".

## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	MICOFENOLATO DE MOFETILO			<p>Resolución SA 0079/14 de 6 de mayo 2014: Profilaxis del rechazo agudo en pacientes sometidos a trasplante renal alogénico en combinación con inhibidor de calcineurina y corticoide.</p> <p>Resolución SA 0110114 DE 17 de Julio de 2014: Tratamiento de niños mayores de un año, diagnosticados de síndrome nefrótico corticodependiente y con frecuentes recaídas.</p> <p>Resolución SA 0112/14, DE 24 DE JULIO DE 2014: Profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huésped en el trasplante alogénico de médula ósea de intensidad reducida.</p> <p>Resolución SA 0165/15 Tratamiento de penfigoide ampoloso, en aquellos casos en los que exista falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a azatioprina y corticoides.</p> <p>Resolución SA 0041/17 de 10 de Febrero de 2017: Tratamiento del pénfigo vulgar en pacientes refractarios, intolerantes en los que esté contraindicado el tratamiento con corticoides a altas dosis.</p> <p>POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS: "Uveítis posterior con coroiditis y retinopatía refractaria a corticoides y Metotrexate"</p>
	MICOFENOLICO ACIDO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	MICOFENOLICO ACIDO	ACIDO MICOFENOLICO STADA 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	FINANCIADO	<p>- Profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un transplante renal alogénico, en combinación con ciclosporina y corticoesteroides.</p> <p>Por DICTAMEN del "Comité Técnico para la utilización de Medicamentos en Situaciones Especiales y de los no incluidos en la financiación de SNS" de la CCOAF:</p> <p>- Profilaxis de rechazo del injerto en trasplante pulmonar, en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con micofenolato de mofetilo".</p>
		ACIDO MICOFENOLICO STADA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	FINANCIADO	
		CEPTAVA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	FINANCIADO	
		CEPTAVA 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	FINANCIADO	
		MYFORTIC 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		MYFORTIC 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
	SIROLIMUS			

### MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	SIROLIMUS	RAPAMUNE 0,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	<p>- Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos de bajo a moderado riesgo inmunológico, que reciben un trasplante renal. Se recomienda que Rapamune se utilice inicialmente en combinación con ciclosporina y corticosteroides durante 2 a 3 meses. Rapamune puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticosteroides sólo si la Ciclosporina puede interrumpirse progresivamente.</p> <p>* Resolución SA 0159/2016 de 7 de Abril 2016</p> <p>Tratamiento de la linfangioleiomiomatosis.</p> <p>* Resolución SA 0221/13 de 29 de abril de 2013:</p> <p>"Profilaxis de la enfermedad de injerto contra el huésped en pacientes sometidos a trasplante alogénico de médula ósea no emparentado que reciben un acondicionamiento de intensidad reducida".</p> <p>* Resolución 007/2014:</p> <p>" Prevención del rechazo agudo de trasplante de hepático pediátrico con riesgo de desarrollar Síndrome Linfoproliferativo al presentar infección por virus de Epstein-Barr".</p> <p>* Por Dictamen del Comité técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidos en la financiación del SNS, con fecha 22/01/2024;</p> <p>"Malformación arteriovenosa en pacientes con sintomatología a pesar de tratamientos con ácido acetil salicílico (AAS), compresión local y/o heparina para control de la coagulación intravascular diseminada."</p>
		RAPAMUNE 1MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
		RAPAMUNE 1MG/ML 1 FRASCO 60ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		RAPAMUNE 2MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
	TACROLIMUS			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	TACROLIMUS	ADOPORT 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	- Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardiacos.
		ADOPORT 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	- Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.
		ADOPORT 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ADOPORT 2MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Resolución sa 0207/13 de 18 de abril: Tratamiento del síndrome nefrótico asociado a glomerulonefritis membranosa.
		ADOPORT 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	Resolución 0029 del SAS de 6 de marzo de 2014:
		ADVAGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERA PROLONGADA	FINANCIADO	"Tratamiento de la dermatitis atópica severa (SCORAD>40) en pacientes con contraindicación, intolerancia o falta de respuesta a corticoides, inmunosupresores de primera línea (ciclosporina) e inmunosupresores de segunda línea (azatioprina y/o micofenolato de mofetilo)".
		ADVAGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	Resolución SA 031/14 de 17 de marzo de 2014:
		ADVAGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	"Tratamiento de la miastenia gravis en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con azatioprina".
		ADVAGRAF 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	Resolución 0139/16 de 15 de marzo de 2016.
		ADVAGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	Tratamiento de la colitis ulcerosa corticodependiente en pacientes que presentan intolerancia o falta de respuesta a las alternativas terapéutica existentes para esa indicación.
		CONFEROPORT 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	Resolución SA 0162/17 de 1-06-2017::
		CONFEROPORT 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	Tratamiento de la hepatitis autoinmune grave, en los que exista falta de respuesta o toxicidad al tratamiento estándar con esteroides y azatioprina. Resolución SA 0169/17:



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	TACROLIMUS	CONFEROPORT 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	Tratamiento de la glomerulonefritis lúpica en pacientes en los que exista falta de respuesta o toxicidad al tratamiento con ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo".
		CONFEROPORT 2MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		CONFEROPORT 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		CONFEROPORT 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		ENVARBUS 0,75MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		ENVARBUS 1MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		ENVARBUS 1MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		ENVARBUS 4MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		MODIGRAF 0,2MG 50 SOBRES GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
		MODIGRAF 1MG 50 SOBRES GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
		PROGRAF 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		PROGRAF 1MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
L04A	TACROLIMUS	PROGRAF 1MG 60 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		PROGRAF 5MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		TACFORIUS 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACFORIUS 1MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACFORIUS 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACFORIUS 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACFORIUS 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACNI 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		TACNI 1MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		TACNI 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		TACNI 5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
TACROLIMUS STADA 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L04A	TACROLIMUS	TACROLIMUS STADA 1MG 60 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		TACROLIMUS STADAFARMA 0,5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACROLIMUS STADAFARMA 1MG 60 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACROLIMUS STADAFARMA 3MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		TACROLIMUS STADAFARMA 5MG 30 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
M01A	PIROXICAM	FELDENE FLAS 20MG 20 LIOFILIZADOS ORALES	FINANCIADO	-Alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Observaciones: Debido a su perfil de seguridad, no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo, debiéndose basar su prescripción en una evaluación del riesgo global en cada paciente individual.
		FELDENE 10MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		FELDENE 20MG 20 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		PIROXICAM CINFA 20MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABL EFG	FINANCIADO	
M04A	BENZBROMARONA			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
M04A	BENZBROMARONA	URINORM 100MG 30 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	<p>- Su utilización está indicada únicamente en pacientes que no respondan o toleren el tratamiento con alopurinol en algunas de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pacientes con gota severa (gota poliarticular o gota tofácea) en los que es imprescindible el control de la hiperuricemia.</li> <li>* Hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina superior a 20 ml / min.</li> <li>* Hiperuricemia en pacientes con trasplante renal.</li> </ul> <p>OBSERVACIONES: La primera prescripción la realizará un médico especialista en Reumatología o Nefrología, estableciéndose la indicación mediante el correspondiente informe clínico.</p>
M05B	ROMOSOZUMAB	EVENITY 105MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 1,17ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>La financiación se limita a mujeres con osteoporosis grave definidas como DMO menor o igual a -3,0 y elevado riesgo de fractura previamente tratadas con bifosfonatos o con contraindicación a estos, que hayan experimentado una fractura previa por fragilidad (fractura osteoporótica mayor en los 24 meses previos), sin antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial coronaria (incluidas revascularizaciones y hospitalización por angina inestable). Los pacientes deben tener un riesgo cardiovascular bajo o moderado, según REGICOR (un riesgo menor del 10% en las tablas de Framingham-REGICOR) o un riesgo bajo o moderado, menor del 5% en las tablas del SCORE. Se establece criterio de parada de tratamiento en línea con la ficha técnica de 12 meses de duración de tratamiento.</p>
N03A	ESTIRIPENTOL			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N03A	ESTIRIPENTOL	DIACOMIT 250MG 60 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Esta indicado en combinacion con clobazam y valproato como terapia adyuvante para las convulsiones tonico-clonicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclonica grave de la infancia (EMGI, síndrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato .  - Está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.
		DIACOMIT 250MG 60 SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
	RUFINAMIDA	INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		INOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
N04B	APOMORFINA	INOVELON 40MG/ML 1 FRASCO DE 460ML SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
		INOVELON 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		APODEV 5MG/ML 1 VIAL DE 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	
		APO-GO PEN 10MG/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS 3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
N04B	APOMORFINA	APO-GO PFS 5MG/ML SOLUC PERFUSION EN 5 JERINGA PRECARGADA DE 10ML	FINANCIADO	
		DACEPTON 5MG/ML 1 VIAL 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	
	TOLCAPONE			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N04B	TOLCAPONE	TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	-En combinación con levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática sensibles a levodopa y con fluctuaciones motoras que no responden o son intolerantes a otros inhibidores de la COMT.  -NOTA: Debido al riesgo de daño hepático agudo, potencialmente mortal, no se debe considerar como un tratamiento de primera línea complementario a levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa. Si no se observan beneficios clínicos considerables dentro de las tres semanas posteriores al inicio del tratamiento, se debe suspender el tratamiento con Tasmar
N06B	LISDEXANFETAMINA	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en adultos solo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada.
		ELVANSE ADULTOS 50MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
N06B	LISDEXANFETAMINA	ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Esta indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnóstico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.
		ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer en sus formas de leve a moderadamente grave.

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALMUS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO DURBAN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
DONEPEZILO DURBAN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS CINFA 10MG 28 COMP BUCODISP (BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS CINFA 5MG 28 COMP BUCODISP (BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 10MG 28 COMPRIM BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 5MG 28 COMPRIM BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS STADA 5MG 28 COMPR BUCODISP(BLISTERPVC/PTCFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS STADA10MG 28 COMPR BUCODIS(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS TECNIGEN 10MG 28 COMPR BUCODISPERSABLES (AL/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 10MG 28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 5MG 28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICU EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIM BUCODISP (BLISTER PVC/PCTF/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPR BUCODISPERS (BLIST PVC/PCTF/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO PENSA 10MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVDC/PVC) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO PENSA 5MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVDC/PVC) EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PEL EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SUN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
DONEPEZILO UR 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
DONEPEZILO VIATRIS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO VIATRIS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		PEZIMAX 2MG/ML 1 FRASCO 150ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		SOLVERA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		SOLVERA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		Tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer en sus formas de leve a moderadamente grave.		
	DONEPEZILO CLORHIDRATO / MEMANTINA	DEZIPAR 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	Para la terapia de sustitucion en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultaneamente a las mismas dosis que en la combinacion a dosis fijas, pero como medicamentos separados.
		DEZIPAR 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		DOMEX 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		DOMEX 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
	GALANTAMINA	GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 16MG 28 CAP DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer en sus formas de leves o moderadamente graves.
		GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 24MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	
GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 8MG 28 CAP DURAS LIBERAC PROLONG EFG		FINANCIADO		



**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**

**DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	GALANTAMINA	GALANTAMINA CINFA 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA CINFA 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA CINFA 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 16MG 28 CAPS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 24MG 28 CAPS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 8MG 28 CAPSUL DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 16MG 28 CA DU LIB PR (BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 24MG 28 CA DU LIB PR (BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 8MG 28 CA DU LIB PR (BLIST PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
GALANTAMINA NORMON 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	GALANTAMINA NORMON 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA RATIO 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA RATIO 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 16MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 24MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 8MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA TEVAGEN 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA TEVAGEN 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
GALANTAMINA TEVAGEN 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	GALANTAMINA VIATRIS 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA VIATRIS 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA VIATRIS 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 16MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 24MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 8MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA	FINANCIADO	
		REMINYL 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		REMINYL 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD	FINANCIADO	
	MEMANTINA	AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	MEMANTINA	AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 5MG/PULSACION SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		DETAM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DETAM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR	FINANCIADO	
		EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	MEMANTINA	EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 5MG/PULSACION 100ML (200 DOSIS) SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		LONRELA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LONRELA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MARIXINO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MARIXINO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA ALTER 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA ALTER 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA ARISTO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ARISTO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 5MG/PULSN FRASCO 100ML SOLUC ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 20MG 56 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 5MG/PULSACION 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS CINFA 10MG112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS CINFA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA FLAS NORMON 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA FLAS NORMON 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS STADAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS STADAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 10MG 112 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 20MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MABO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MABO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MACLEODS 5MG/PULSACION 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MYLAN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MYLAN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMP RECUB PEL BLISTER PVDC/PVC/AL) EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMP REC PEL (BLISTER PVDC/PVC/ALUM) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PENZA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PENZA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PHARMA COMBIX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PHARMA COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA QUALIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA QUALIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SANDOZ 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA SANDOZ 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA STADA GENERICOS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA STADA GENERICOS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA STADA GENERICOS 5MG/PULSAC FRASCO 100ML SOLUC ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SUN 10MG 112 COMPRIM REC PEL (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SUN 20MG 56 COMPRIM RECU PEL (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TARBIS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TARBIS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TECNIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TECNIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TEVA 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TEVA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			





## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA VIATRIS 5MG/PULSACION FRASCO DE 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMOREL FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMOREL FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		NABILA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		NABILA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		NABILA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		PROTALON 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		PROTALON 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
	MEMANTINA / MEMANTINA / MEMANTINA / ...	EBIXA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.
		MEMANTINA STADA (7 X 5MG +7 X 10MG + 7 X 15MG +7 X 20MG) 28 COM REC PEL EFG	FINANCIADO	
	RIVASTIGMINA	ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL /PET/AL/PAN + CUBIERTA ADHESIVAS PAPEL/PE/AL/SURLYN)	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave.
		ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD)	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 8 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD)	FINANCIADO	
		ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24H 8 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL /PET/AL/PAN + CUBIERTA ADHESIVAS PAPEL/PE/AL/SURLYN)	FINANCIADO	
		ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		ALZERTA 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 13,3MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSD (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		EXELON 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
EXELON 1,5MG 112 CAPSULAS GELATINA DURA	FINANCIADO			
EXELON 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	RIVASTIGMINA	EXELON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		EXELON 3MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 3MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 6MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 6MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
NIMVASTID 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	RIVASTIGMINA	NIMVASTID 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		PROMETAX 13,3MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		PROMETAX 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		PROMETAX 4,6MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		PROMETAX 9,5MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		RIVANEX 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVANEX 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
RIVANEX 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVANEX 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ABABOR 2MG/ML 1 FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 9,5MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA COMBIX 2MG/ML FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA FARMALIDER 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9, 5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA NORMON 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 6MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 6MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ORTODROL 2MG/ML FRASCO 120ML C/ JERINGA DOSIFICADORA SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			



**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>N06D</b>	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA SANDOZ 2MG/ML 1 FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA STADA 9,5 MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 13,3MG/24 H 60 (2X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDERM (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA UMANUS 2MG/ML FRASCO 120ML JERINGA DOSIF SOL ORAL EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H (2X30 SOBRES) 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIATRIS 9,5MG/24H (2X30 SOBRES) 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIR 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
N07B	BUPRENORFINA / NALOXONA	BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 2/0,5MG 7 COMPRIM SUBLING EFG	FINANCIADO	<p>- Indicado en el tratamiento de sustitución de la dependencia a opiáceos, en adultos y adolescentes mayores de 15 años de edad que hayan aceptados ser tratados de su adicción, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico.</p> <p>La función del principio activo naloxona e impedir su administración incorrecta por vía intravenosa.</p>
		BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 8/2MG 28 COMPRIM SUBLING EFG	FINANCIADO	
		BUPRENORFINA/NALOXONA AUROVITAS 8/2MG 7 COMPRIMIDOS SUBLING EFG	FINANCIADO	
		SUBOXONE 2/0,5MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		SUBOXONE 8/2MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		SUBOXONE 8/2MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 11,4/2,9MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
ZUBSOLV 11,4/2,9MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N07B	BUPRENORFINA / NALOXONA	ZUBSOLV 1,4/0,36MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 1,4/0,36MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 2,9/0,71MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 2,9/0,71MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 5,7/1,4MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 5,7/1,4MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 8,6/2,1MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		ZUBSOLV 8,6/2,1MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
P01C	MEGLUMINA ANTIMONIATO	GLUCANTIME 1500MG/5ML 10 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Glucantime esta indicado para el tratamiento de las siguientes infecciones -Leishmaniasis visceral (Kala azar) -Leishmaniasis cutanea (Boton de oriente) y mucocutanea Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antiparasitarios
S01A	GANCICLOVIR	VIRGAN 1,5MG/G 1 TUBO 5G GEL OFTALMICO	FINANCIADO	Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.
V03A	DEFERASIROX			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

<b>G. ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Financiación</b>	<b>Indicación</b>
<b>V03A</b>	DEFERASIROX	DEFERASIROX AUROVITAS 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	<p>-Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (=7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.</p> <p>-Tratamiento está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado e los siguientes grupos de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* pacientes con otras anemias,</li> <li>* pacientes de 2 a 5 años,</li> <li>*pacientes con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes(&lt;7ml/kg/mes de concentrado de hematíes).</li> </ul>
		DEFERASIROX AUROVITAS 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX TEVA 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 360MG 30 COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 90MG 30 COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		EXJADE 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EXJADE 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		FERUPANTIL 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
FERUPANTIL 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	Resolución SA 012/14 de 6 de febrero de 2014: "Tratamiento (a dosis de 10 mg/kg) de la sobrecarga férrica por hemocromatosis hereditaria homocigota C282Y en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta a las sangrías terapéuticas periódicas".		
<b>V04C</b>	ACIDO 5 AMINOLEVULINICO			



## MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

### DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
V04C	ACIDO 5 AMINOLEVULINICO	HEXVIX 85MG 1 VIAL+1JER POLVO Y DISOLV PARA SOLUCION INTRAVESICAL	FINANCIADO	- Este medicamento es únicamente para uso diagnóstico. Detección de cáncer de vejiga en pacientes con cáncer de vejiga conocido o alta sospecha del mismo conforme a los resultados de, por ejemplo, una cistoscopia de cribado o de una citología urinaria positiva.
	METACOLINA	PROVOCHOLINE 100MG 6 VIALES POLVO PARA SOLUCION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR	FINANCIADO	- Indicado para el diagnóstico de la hiperreactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente.
	SOMATORELINA	GHRH FERRING 50MCG 1 AMPOLLA + 1 AMPOLLA DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INYECT	FINANCIADO	GHRH Ferring se utiliza para determinar la función somatotrópica de la hipófisis anterior en casos de sospecha de deficiencia de hormona de crecimiento. No obstante, no debe utilizarse de forma rutinaria como análisis diagnóstico de los déficits de hormona de crecimiento.