

**OSASUN SAILA**  
Administrazio eta Finantzaketa  
Sanitarioko Sailburuordetza  
*Farmaziako Zuzendaritza*  
*Farmazia Prestazio Zerbitzua*

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
Viceconsejería de Administración y Financiación  
Sanitarias  
*Dirección de Farmacia*  
*Servicio de Prestaciones Farmacéuticas*

## **PRESKRIPZIO EDOTA DISPENTSAZIO BALDINTZA MUGATUAK DITUZTEN MEDIKAMENTUAK**

## **MEDICAMENTOS SUJETOS A CONDICIONES RESTRINGIDAS DE PRESCRIPCIÓN Y/O DISPENSACIÓN**

**ONARTUTAKO INDIKAZIOAK EDOTA BALDINTZA BEREZIAK**  
**INDICACIONES APROBADAS Y/O REQUISITOS ESPECÍFICOS**

---

Eguneratua: 2022/12/01  
Actualizado: 01/12/2022

## MEDICAMENTOS SUJETOS A CONDICIONES RESTRINGIDAS DE PRESCRIPCIÓN Y/O DISPENSACIÓN

El Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos, de conformidad con el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que, para asegurar el uso racional de los medicamentos, el Ministerio de Sanidad, podrá someter a reservas singulares las condiciones específicas de prescripción y dispensación de los mismos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

De esta forma, el Ministerio de Sanidad podrá proceder a la imposición de visado en los siguientes casos:

a) Medicamentos sujetos a la calificación de PRESCRIPCIÓN MÉDICA RESTRINGIDA, entendiendo por tales:

- los medicamentos que, a causa de sus características farmacológicas o por su novedad, o por motivos de salud pública, estén indicados para **tratamientos** que sólo puedan seguirse **en medio hospitalario**;
- los medicamentos que se utilicen en el tratamiento de enfermedades que deban ser **diagnosticadas en medio hospitalario, o en establecimientos que dispongan de medios de diagnóstico adecuados**, aunque la administración y seguimiento pueda realizarse fuera del hospital;

- los medicamentos destinados a pacientes ambulatorios, pero cuya utilización pueda producir reacciones adversas muy graves, lo cual requiere, si es preciso, una receta médica extendida por un **especialista** y una **vigilancia especial** durante el tratamiento.
- b) Medicamentos que, en virtud de decisión motivada y debidamente publicada de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, queden sujetos a reservas singulares, por cuestiones de **seguridad** o de limitación para determinados **grupos de población de riesgo**.
- c) Medicamentos para los que se financien únicamente **algunas de sus indicaciones terapéuticas** o que se aplique una **aportación reducida en función del tipo de paciente**, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

Mediante visado, las Administraciones sanitarias verificarán la conformidad del tratamiento prescrito en el Sistema Nacional de Salud con las condiciones de utilización autorizadas en la ficha técnica y las indicaciones terapéuticas financiadas.

Las autoridades sanitarias sólo podrán denegar este visado en los casos en los que no se cumplan las condiciones mencionadas en el párrafo anterior.

Con objeto de informar adecuadamente a todas y todos los profesionales sanitarios implicados, a continuación se relacionan **los medicamentos, susceptibles de ser prescritos en receta médica oficial, sujetos a reservas singulares de las condiciones de prescripción y que requieren de visado previo de la Inspección para su financiación por el Sistema Sanitario Público y su dispensación en las oficinas de farmacia**.

Desde marzo de 2020 se relacionan en un **apartado específico los principios activos y productos sanitarios que pueden ser indicados por el personal de enfermería y requieren visado**.

## ACRÓNIMOS

<b>CPD</b>	<b>Cupón Precinto Diferenciado</b> Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en (especialidad concreta). Médico de atención primaria o geriátrica.
<b>CPD-E</b>	<b>Cupón Precinto Diferenciado-E (Mayores de 75 años)</b> Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en (especialidad concreta). Médico de atención primaria o geriátrica.
<b>DH</b>	<b>Diagnóstico Hospitalario</b> Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
<b>FR</b>	<b>Financiación Restringida Determinadas Indicaciones</b> Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en (especialidad concreta). Médico de atención primaria o geriátrica.

## SÍMBOLOS

<b>Presentación con aportación reducida</b> (10% P.V.P. I.V.A., hasta un máximo de 4,24 €)
---

## PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS

### A

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA .....	85
ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO .....	36,37
ACITRETINA (DH) .....	26,27
ALFACALCIDOL (DH) .....	8
ALITRETINOÍNA (DH) .....	28
ALPROSTADILO (DH) .....	36
ALPROSTADILO (CPD) .....	36
AMIKACINA (DH) .....	43
AMISULPRIADA (CPD-E) .....	66
ANAGRELIDA (DH) .....	47
APIXABAN (CPD) .....	18-20
APOMORFINA (DH) .....	62
ARIPIPRAZOL (CPD-E) .....	68,69
ASENAPINA MALEATO (CPD-E) .....	65,66
ATORVASTATINA .....	23
ATORVASTATINA+AMLODIPINO .....	25,26
ATORVASTATINA+EZETIMIBA .....	25
ATORVASTATINA/ACIDO ACETILSALICILICO/RAMIPRIL .....	26

### B

BENZBROMARONA (DH) .....	57,58
BETAMETASONA (CPD) .....	27
BUSERELINA (CPD) .....	47
BOLSAS RECOGIDA ORINA PIerna .....	84,85

### C

CALCITONINA .....	42
CALCITRIOL (DH) .....	8,9
CAMARAS DE INHALACIÓN PEDIÁTRICAS (FR) .....	84
CANAGLIFLOZINA(CPD) .....	8
CANAGLIFLOZINA+METFORMINA (CPD) .....	4
CARBOMERO (FR) .....	80
CARIPRAZINA(CPD-E) .....	70
CARNITINA (CPD) .....	9
CEFEPIMA (DH) .....	43,44
CEFOTAXIMA (DH) .....	42,43
CEFOXITINA (DH) .....	42
CEFTAZIDIMA (DH) .....	42
CEFTRIAXONA (DH) .....	43
CETRORELIX (DH) .....	41

CICLOFOSFAMIDA (DH) .....	45
CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO (CPD) .....	83
CICLOSPORINA (DH) .....	56
CILOSTAZOL (DH) .....	12
CITARABINA (DH) .....	46
CLINDAMICINA (DH) .....	44
CLODRONATO DISÓDICO (DH) .....	58
CLOMIFENO (CPD) .....	35
CLOPIDOGREL (CPD) .....	10,11
CLOPIDOGREL ACIDO ACETILSALICILICO (CPD) .....	13
CODEINA (FR) .....	78,79
COLECTOR BOLSA RECOG ORINA FEMENINO .....	85
COLESEVELAM HIDROCLORURO (CPD) .....	24
COLINA HIDROCLORURO (DH) .....	84
CORIFOLITROPINA-ALFA (DH) .....	34
CORIOGONADOTROPINA ALFA (DH) .....	33

### D

DABIGATRAN ETEXILATO (CPD) .....	13-16
DACARBAZINA (DH) .....	45,46
DEFERASIROX (DH) .....	81-83
DESIRUDINA (DH) .....	13
DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS+DERMATOPHAGOIDES FARINAE (CPD) .....	80
DEXTROMETORFANO (FR) .....	79
DIHIDROCODEINA (HIDROCODONA) (FR) .....	78
DIMEMORFANO (FR) .....	79
DIMETILFUMARATO (DH) .....	27
DONEPEZILO (DH) .....	69
DRONEDARONA (DH) .....	22
DULAGLUTIDA (CPD) .....	7
DUTASTERIDA (CPD) .....	37

### E

EDOXABAN (CPD) .....	20-22
EMPAGLIFOZINA+LINAGLIPTINA .....	4
ESTRIOL (CPD) .....	28
ESTRÓGENO CONJUGADOS + BAZEDOXIFENO (CPD) .....	28
ETONOGESTREL (DH) .....	28
ETOPOSIDO (DH) .....	46
EVEROLIMUS (DH) .....	55,56
EXENATIDA (CPD) .....	5,6

## **PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS**

EXTRACTO POLEN PHLEUM PRATENSE (CPD).....	80,81
EXTRACTO POLEN DACTYLIS GLOMERATA, ANTHOXANTHUM ODORATUM, LOLIUM PERENNE, POSA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSE (CPD) .....	81
EZETIMIBA.....	25
 <b>F</b>	
FENTANILO (CPD).....	59-61
FINASTERIDA (CPD).....	37
FOLITROPINA DELTA (DH) .....	33,34
FORMOTEROL + GLIPIRRONIO + BECLOMETASONA.....	76,77
FORMOTEROL + GLIPIRRONIO BROMURO + BUDESONIDA.....	77,78
FOSFOMICINA SÓDICA (DH).....	45
FLUVASTATINA.....	23
FLUTICASONA+UMECLIDINIO+VILANTEROL .....	75,76
 <b>G</b>	
GALANTAMINA (DH).....	72
GANCICLOVIR (DH).....	79
GANIRELIX (DH) .....	40,41
GLUCAGON (CPD) .....	41,42
GONADOTROFINA CORIONICA (DH) .....	29
GOSERELINA (CPD).....	50
LIXISE (DH).....	1
GUANFACINA (DH) .....	22,23
 <b>H</b>	
HEXAMINOLEVULÍNICO (DH) .....	84
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE ALFA (DH).....	30-32
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE BETA (DH) .....	32
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE/HORMONA LUTEINIZANTE (CPD).....	29,30
 <b>I</b>	
INDACATEROL + GLICOPIRRONIO BROMURO + MOMETASONA .....	78
INSULINA DEGLUDEC (CPD) .....	3
INTERFERON ALFA 2 B (DH) .....	53,54
INTERFERON ALFA-2A (DH).....	52,53
INTERFERON GAMMA-1b HUMANO RECOMBINANTE (DH) .....	52
ISOTRETINOINA (DH).....	27,28
ISPAGHULA (SEMILLAS DE PSYLLIUM) (FR) .....	1,2

 <b>L</b>	
LACTITOL (FR).....	2
LACTULOASA (FR) .....	2
LAGRIMAS ARTIFICIALES (FR).....	79,80
LANREOTIDA ACETATO (DH).....	39,40
LESENURAD.....	58
LEFLUNOMIDA (DH) .....	55
LEUPRORELINA (CPD).....	48-50
LIDOCAINA (CPD).....	59
LINACLOTIDA (CPD) .....	3
LINCOMICINA (DH) .....	44
LIRAGLUTIDA (CPD) .....	7
LISDEXANFETAMINA (DH) .....	70
LISDEXANFETAMINA (DH) DONEPEZILO .....	70,71
LIXISENATIDA (CPD) .....	7
LOVASTATINA.....	23
LURASIDONA (CPD-E) .....	63
LUTROPINA ALFA (DH) .....	32,33
LUTROPINA ALFA+FOLITTROPINA ALFA (DH).....	34

 <b>M</b>	
MEMANTINA (DH) .....	72-74
MEGLUMINA ANTIMONIATO (DH) .....	75
METILNALTREXONA BROMURO (FR) .....	2
METILPREDNISOLONA (DH) .....	41
MICOFENOLATO MOFETILO (DH) .....	54,55
MITOTANO (DH) .....	46,47

 <b>N</b>	
NALDEMEDINA (FR).....	2,3
NAFARELINA (CPD).....	38
NAFTIDROFURIL (FR) .....	23
NALMEFENO (CPD) .....	75
NALOXEGOL (FR) .....	2
NALOXONA+BUPRENORFINA (DH).....	74
NATEGLINIDA (CPD).....	5
NOSCAPINA (FR) .....	79

**O**

## **PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS**

OCTREOTIDA (DH).....	38,39
OLANZAPINA (CPD-E).....	63,64
OMEGA 3 – TRIGLICERIDOS .....	24
ONDANSETRON (DH) .....	1

### **P**

PALIPERIDONA (CPD-E) .....	69,70
PANCREATINA (DH) .....	3
PARICALCITOL (DH).....	42
PASIREOTIDA(DH).....	40
PATIROMERO CALCICO .....	83
PEGVISOMANT (DH).....	37
PIOGLITAZONA (CPD) .....	4,5
PIOGLITAZONA+GLIMEPIRIDA (CPD) .....	4
PIOGLITAZONA+METFORMINA (CPD).....	3,4
PIROXICAM (DH) .....	57
PITAVASTATINA .....	24
POLIVINICILICO ALCOHOL (FR).....	80
PRASUGREL (CPD) .....	10
PRAVASTATINA .....	23
PRAVASTATINA+FENOFIBRATO .....	25

### **Q**

QUETIAPINA (CPD-E) .....	64,65
--------------------------	-------

### **R**

RISPERIDONA (CPD-E).....	66-68
RIVAROXABAN (CPD) .....	16-18
RIVASTIGMINA (DH).....	71,72
ROMOSOZUMAB .....	58,59
ROSUVASTATINA (CPD) .....	23,24
ROSUVASTATINA.....	24
ROSUVASTATINA + ACIDO ACETIL SALICÍLICO.....	26
ROSUVASTATINA+AMLODIPINO .....	26
ROSUVASTATINA+EZETIMIBA .....	25
RUFINAMIDA (DH) .....	61

### **S**

SEMAGLUTIDA (CPD) .....	8
-------------------------	---

SIROLIMUS (DH) .....	55
SOMATORELINA (DH) .....	83
SONDA VESICAL.....	85
SIMVASTATINA .....	23
SIMVASTATINA+EZETIMIBA.....	25
SULODEXIDA (CPD) .....	9,10

### **T**

TACROLIMUS (DH) .....	57
TENIPOSIDO (DH).....	46
TEST DE UREA (CPD).....	84
TICAGRELOR (CPD) .....	12
TICLOPIDINA (DH) .....	11,12
TIRBANIBULINA (CPD).....	27
TOLCAPONA (DH).....	62
TRETINOÍNA (DH) .....	46
TRIPTORELINA (DH).....	50-52
TROPISETRON (DH) .....	1

### **U**

UROFOLITROPINA (DH) .....	30
ULIPRISTAL (CPD).....	35,36

### **V**

VANCOMICINA (DH) .....	45
VERICIGUAT (CPD) .....	22

### **Z**

ZIPRASIDONA (CPD-E).....	62,63
--------------------------	-------

## **PRINCIPIOS ACTIVOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE PUEDEN SER INDICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y QUE REQUIEREN VISADO**

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA .....	86
DEXTROMETORFANO (FR) .....	86

## **FORMULAS MAGISTRALES QUE REQUIEREN VISADO**

## ***PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS***

*CROMOGLICATO SODIO 100 MG 100 CÁPSULAS .....	87
EMULSIÓN FOTOPROTECTORA 100 G 1 ENVASE (TIOVEIL 15%, PARSON 1789 3%, PARSON MCX 5%) .....	87
*TACROLIMUS 2 MG 24 SUPOSITORIOS .....	87

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A04AA01	ONDANSETRON DH	*ONDANSETRON 4MG COMPRIMIDOS *ONDANSETRON 8MG COMPRIMIDOS *SETOFILM 4 MG PELICULAS BUCODISPERSABLES, 10 SOBRES *SETOFILM 8 MG PELICULAS BUCODISPERSABLES , 10 SOBRES *YATROX 4 MG 15 COMPRIMIDOS *YATROX 4 MG 6 COMPRIMIDOS *YATROX 8 MG 15 COMPRIMIDOS *YATROX 8 MG 6 COMPRIMIDOS *ZOFRAN 4 MG 15 COMPRIMIDOS *ZOFRAN 4 MG 6 COMPRIMIDOS *ZOFRAN 8 MG 15 COMPRIMIDOS *ZOFRAN 8 MG 6 COMPRIMIDOS *ZOFRAN ZYDIS 4 MG 10 LIOFILIZADOS *ZOFRAN ZYDIS 8 MG 10 LIOFILIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas y para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
A04AA02	GRANISETRON DH	*KYTRIL 1 MG 10 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos, tanto agudos como diferidos, asociados con el tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
A04AA03	TROPISETRON DH	*NAVOBAN 5 MG 5 CÁPSULAS *SARONIL 5 MG 5 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia del cáncer.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
A06AC01	ISPAGHULA (SEMILLAS DE PSYLLIUM) FR	PLANTAGO OVATA 3,5 G POLVO PARA SUSPENSION PLANTAGO OVATA CINFA 3,5 G POLVO PARA SUSPENSION, 30 SOBRES PLANTASOR 3,5 G POLVO EFERVESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A06AD11	LACTULOSA FR	DUPHALAC SOLUCION ORAL BOTELLA DUPHALAC SOLUCION ORAL SOBRES DUPHALAC SOLUCION ORAL SOBRES LACTULOSA 10 G SOLUCION ORAL EN SOBRES LACTULOSA 3,33 G/5 ML SOLUCION ORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encefalopatía portosistémica y paraplejia.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A06AD12	LACTITOL FR	OPONAF 10G/SOBRE 20 SOBRES OPONAF 10G/SOBRE 50 SOBRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encefalopatía portosistémica y paraplejia.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A06AH01	METILNALTREXONA BROMURO FR	RELISTOR 12MG/0,6ML 1 VIAL SOL INYECTABLE RELISTOR 12MG/0,6ML 7VIAL+7JERIN+14 TORUND	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes oncológicos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A06AH03	NALOXEGOL FR	*MOVENTIG 12,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS *MOVENTIG 25 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A06AH05	NALDEMEDINA FR	*RIZMOIC 200MCG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
A06AX04	LINACLOTIDA CPD	CONSTELLA 290 MICROGRAMOS CAPSULAS DURAS FRASCO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento sintomático del síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) de carácter grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de elección del SII-E disponibles o que sean intolerantes a los mismos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
A09AA02	PANCREATINA DH	*KREON 10.000 100 CÁPSULAS *KREON 10.000 250 CÁPSULAS *KREON 5.000 U GRANULADO GASTRORRESISTENTE, 1 FRASCO DE 20 G *KREON 25.000 50 CÁPSULAS *KREON 25.000 100 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC CPD	* TRESIBA 100 U/ML SOLUCIÓN INYECTABLE , 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3 ML *TRESIBA 200 UNIDADES/ML SOLUCIÓN INYECTABLE 3 PLUMAS PRECARGADAS DE 3 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y análogos de insulina de acción prolongada que necesitan 2 inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BD05	PIOGLITAZONA+METFORMINA CPD	*PIOGLITAZONA/METFORMINA 15 MG/850 MG 56 COMPRIMIDOS *COMPETACT 15MG/850MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA *GLUBRAVA 15/850MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, especialmente pacientes con sobrepeso, que no alcanzan el control glucémico suficiente con la dosis máxima tolerada de metformina oral en monoterapia</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A10BD06	PIOGLITAZONA+GLIMEPIRIDA CPD	*TANDEMACT 30/2MG 28 COMPRIMIDOS *TANDEMACT 30/4MG 28 COMPRIMIDOS	<p><i>geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tandemact está indicado para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que sufren intolerancia a la metformina o en quienes la metformina está contraindicada y que están ya en tratamiento con una combinación de pioglitazona y glimepirida.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BD16	CANAGLIFLOZINA+METFORMINA CPD	*VOKANAMET 150/1000MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS * VOKANAMET 150/850MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50/850mg o 50/1000mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BD19	EMPAGLIFLOZINA+LINAGLIPTINA CPD	*GLYXAMBI 25 MG/5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *GLYXAMBI 10 MG/5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes en tratamiento con Linagliptina y Empagliflozina por separado después de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabéticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BG03	PIOGLITAZONA CPD	*PIOGLITAZONA 30 mg COMPRIMIDOS *PIOGLITAZONA 15 mg COMPRIMIDOS *ACTOS 30 MG COMP *ACTOS 15 MG COMP *GLUSTIN 15MG COMPRIMIDOS *GLUSTIN 30MG COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>En terapia oral combinada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con un control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada en monoterapia oral con metformina o cualquier sulfonilurea:           <ul style="list-style-type: none"> <li>en combinación con metformina particularmente en pacientes con sobrepeso,</li> </ul> </li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<ul style="list-style-type: none"> <li>– en combinación con una sulfonilurea sólo en pacientes con intolerancia a metformina o para los que metformina está contraindicada.</li> <li>– en combinación con metformina y una sulfonilurea en pacientes, particularmente aquellos con sobrepeso, con control glucémico inadecuado, a pesar de la doble terapia oral.</li> <li>▪ En monoterapia oral en pacientes con DM2, particularmente aquellos con sobrepeso, controlados inadecuadamente con dieta y ejercicio para los que metformina no es apropiada por contraindicaciones o intolerancia.</li> <li>▪ En combinación con insulina en pacientes con DM2 en los que el tratamiento con insulina no permite un control glucémico adecuado y en los que no es apropiado el uso de metformina por contraindicaciones o intolerancia.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BX03	NATEGLINIDA CPD	*STARLIX 180 MG 84 COMP *STARLIX 120 MG 84 COMP *STARLIX 60 MG 84 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia combinada con metformina en pacientes con diabetes tipo 2 inadecuadamente controlados con una dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BJ01	EXENATIDA CPD	*BYDUREON 2mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA 4x(1 vial + 1 jeringa) *BYDUREON 2mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA 4 PLUMAS PRECARGADAS DOSIS UNICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicado indicado en adultos de 18 años de edad o mayores con diabetes mellitus tipo 2 para mejorar el control glucémico en combinación con otros medicamentos hipoglucemiantes incluyendo insulina basal, cuando el tratamiento utilizado, junto con la dieta y el ejercicio, no logran un adecuado control glucémico y que sean pacientes con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30 que no hayan alcanzado</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p></p> <p>*BYETTA 5MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCIÓN INYECTABLE            *BYETTA 10MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCIÓN INYECTABLE</p>	<p>un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de los otros hipoglucemiantes.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, nefrología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en combinación con metformina y/o sulfonilureas, y/o tiazolidindionas en pacientes con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30, que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de estos medicamentos orales.</li> <li>Tratamiento coadyuvante a insulina basal con o sin metformina y/o pioglitazona en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30, que no hayan alcanzado un adecuado control glucémico con estos medicamentos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A10BJ02	LIRAGLUTIDA CPD	*VICTOZA 6MG/ML 2 PLUMAS PRECAR 3ML SOLUCIÓN INYECTABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes con sobrepeso con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> que reúnan las indicaciones terapéuticas autorizadas del tratamiento de adultos, adolescentes y niños a partir de 10 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 para alcanzar el control glucémico en combinación con medicamentos hipoglucemiantes orales y/o insulina basal cuando estos, junto con dieta y ejercicio, no logran un control glucémico adecuado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BJ03	LIXISENATIDA CPD	*LYXUMIA 10 MICROGAMOS SOLUCION INYECTABLE, 1 PLUMA PRECARGADA DE 14 DOSIS *LYXUMIA 20 MICROGAMOS SOLUCION INYECTABLE, 2 PLUMAS PRECARGADAS DE 14 DOSIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos para alcanzar el control glucémico, en combinación con medicamentos hipoglucemiantes y/o insulina basal cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado y restringido para aquellos pacientes con Indice de Masa Corporal mayor que 30 Kg/m<sup>2</sup></li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BJ05	DULAGLUTIDA CPD	* TRULICITY 0,75 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 4 PLUMAS PRECARGADAS * TRULICITY 1,5 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 4 PLUMAS PRECARGADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la diabetes mellitus 2 en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia) exclusivamente para obesos con un índice de masa corporal mayor de 30 Kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A10BJ06	SE MAGLUTIDA CPD	*OZEMPIC 1 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 3 ml *OZEMPIC 0,5 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, PLUMA PRECARGADA DE 1,5 ml *OZEMPIC 0,25 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, PLUMA PRECARGADA DE 1,5 ml *RYBELSUS 3 MG 30 COMPRIMIDOS *RYBELSUS 7 MG 30 COMPRIMIDOS *RYBELSUS 14 MG 30 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en terapia combinada con otros antidiabéticos ( no en monoterapia) exclusivamente para obesos con un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A10BK02	CANAGLIFLOZINA CPD	*INVOKANA 300 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 para mejorar el control glucémico cuando la dieta y el ejercicio por sí solos no logran un control suficiente de la glucemia en pacientes en quienes el uso de metformina se considera inadecuado por presentar intolerancia o contraindicaciones o con otros medicamentos antihiperglucemiantes como la insulina, cuando estos, junto con dieta y ejercicio, no logren un control glucémico adecuado. Tratamiento de aquellos pacientes que con la dosis de 100mg no alcanzan el control glucémico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
A11CC03	ALFA CALCIDOL DH	*ETALPHA 2 MCG/ML 10 ML GOTAS ORALES *ETALPHA 0,25 MICROGRAMOS CÁPSULAS BLANDAS, 30 CÁPSULAS *ETALPHA 0,5 MICROGRAMOS CÁPSULAS BLANDAS, 30 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una producción reducida de 1,25-dihidroxivitamina D<sub>3</sub> sometidos a hemodiálisis a largo plazo.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
A11CC04	CALCITRIOL DH	ROCALTROL 0'25 MCG 20 CAPSULAS ROCALTROL 0'5 MCG 20 CAPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades relacionadas con la incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxcolecalciferol, osteodistrofia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A16AA01	CARNITINA  CPD	<p>*CARNICOR 1 G 10 VIALES BEBIBLES 10 ML</p> <p>*CARNICOR 30% 40ML SOLUCION</p> <p>*SECABIOL 30% 40ML SOLUCION</p>	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficits primarios y secundarios de L-carnitina.</li> <li>▪ Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valpróico</li> <li>▪ Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valpróico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
		<p>*CARNICOR 1G 10 AMPOLLAS 5ML</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficits primarios y secundarios de L-carnitina.</li> <li>▪ Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valpróico</li> <li>▪ Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valpróico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad</li> <li>▪ Tratamiento de la deficiencia secundaria de L-carnitina en pacientes sometidos a hemodiálisis de largo plazo</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
B01AB11	SULODEXIDA  CPD	<p>* ATERINA 15 MG CAPSULAS BLANDAS , 60 CÁPSULAS</p> <p>* DOVIDA 30MG 30 CÁPSULAS BLANDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica exclusivamente para pacientes en estadios C3* (*sólo con edema moderado o grave de la escala VCSS) a C6 de la clasificación CEAP. La duración máxima del tratamiento son 3 meses.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
B01AC22	PRASUGREL CPD	PRASUGREL 5 MG 28 COMPRIMIDOS PRASUGREL 10 MG 28 COMPRIMIDOS EFIENT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG EFIENT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-administrado con ácido acetilsalicílico, está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
B01AC04	CLOPIDOGREL CPD	CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMIDOS ISCOVER 75 MG 28 COMPRIMIDOS PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de eventos aterotrombóticos en:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes que han sufrido infarto de miocardio, infarto cerebral o arteriopatía periférica establecida.</li> <li>Pacientes que presentan síndrome coronario agudo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto de miocardio sin onda-Q), incluyendo pacientes que se han sometido a la colocación de un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con AAS.</li> <li>- infarto de miocardio agudo con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes tratados médicaamente de elección para terapia trombolítica.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular en combinación con AAS. En pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AC05	TICLOPIDINA DH	TICLOPIDINA 250 MG 50 COMP RECUBIERTOS TIKLID 250 MG 50 COMPRIMIDOS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de las complicaciones trombóticas después de haber sufrido un primer accidente vascular cerebral de origen arterosclerótico:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– En pacientes que hayan sufrido un accidente isquémico transitorio, ceguera monocular transitoria (amaurosis fugaz), déficit neurológico isquémico reversible o ictus menor.</li> <li>– En pacientes que hayan tenido un ictus establecido.</li> </ul> </li> <li>▪ Prevención de los accidentes tromboembólicos, en especial coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica obliterante de los miembros inferiores en estado 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 los eventos trombóticos arteriales en pacientes con riesgo de progresión de la retinopatía inicial en diabéticos insulino-dependientes.</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>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AC23	CILOSTAZOL DH	CILOSTAZOL 50 MG COMPRIMIDOS CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDOS EKISTOL 100 MG COMPRIMIDOS , 56 COMPRIMIDOS EKISTOL 50 MG COMPRIMIDOS , 56 COMPRIMIDOS PLETAL 100 MG COMPRIMIDOS , 56 COMPRIMIDOS PLETAL 50 MG COMPRIMIDOS , 56 COMPRIMIDOS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 si solos no hayan resultado efectivos.</li> <li>▪ Se debe evaluar el beneficio a los tres meses de instaurar el tratamiento, suspendiendo el mismo si no se observa un beneficio clínicamente relevante.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
B01AC24	TICAGRELOR CPD	BRILIQUE 60MG 60 COMP RECUB PELICU BRILIQUE 90MG 56 COMP RECUB PELICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administrado conjuntamente con aspirina, está indicado para la prevención de episodios aterotrombóticos (problemas causados por coágulos de sangre y endurecimiento de las arterias) como infarto de miocardio o ictus. Está indicado en pacientes adultos que han sufrido un infarto de miocardio o presentan angina inestable (un tipo de dolor torácico causado por problemas con el riego sanguíneo del corazón).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AC30	CLOPIDOGREL ACIDO ACETILSALICILICO CPD	CLOPIDOGREL/ACIDO ACETILSALICILICO 75 MG/75 MG COMPRIMIDOS DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetilsalicílico (AAS), es una combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea.</li> <li>✓ Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
B01AE01	DESIRUDINA DH	*REVASC 15 MG/VIAL 2 INYECTABLES *REVASC 15 MG/VIAL 10 INYECTABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de trombosis venosa profunda en pacientes sometidos a cirugía electiva de prótesis de cadera y rodilla.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO CPD	*PRADAXA 75MG 30 CAPSULAS DURAS *PRADAXA 75MG 60 CAPSULAS DURAS *PRADAXA 75MG 10 CAPSULAS DURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de episodios tromboembólicos en cirugía programada de reemplazo completo de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodilla</li> <li>– Cadera</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.</i></p>
		*PRADAXA 110MG 10 CAPSULAS DURAS *PRADAXA 110MG 30 CAPSULAS DURAS *PRADAXA 110MG 60 CAPSULAS DURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de episodios tromboembólicos en cirugía programada de reemplazo completo de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rodilla</li> <li>– Cadera</li> </ul> </li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo tales como: ictus o ataque isquémico transitorio previo; insuficiencia cardíaca <math>\geq</math> Clase 2 escala NYHA; edad <math>\geq</math> 75 años; diabetes mellitus; hipertensión.</li> </ul> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq</math> 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</li> <li>Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> <li>Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
		*PRADAXA 150MG CAPSULAS DURAS 6 TIRAS DE BLISTER (60 CAPSULAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo tales como: ictus o ataque isquémico transitorio previo; insuficiencia cardíaca <math>\geq</math> Clase 2 escala NYHA; edad <math>\geq</math> 75 años; diabetes mellitus; hipertensión.</li> </ul> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>• Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>• Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq</math> 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</li> <li>• Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</li> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, traumatología, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica</i></p>
B01AF01	RIVAROXABAN CPD	*XARELTO 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *XARELTO 10MG 30 COMP. RECUB. CON PELICULA  *XARELTO 15 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 28 COMPRIMIDOS *XARELTO 20 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edad <math>\geq 75</math> años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquémico transitorio previos.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>• Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>• Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq 3</math> y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</li> <li>• Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> <li>• Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</li> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AF02	APIXABAN CPD	<p>*ELIQUIS 2,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 20 COMPRIMIDOS (10 COMPRIMIDOS/BLISTER)</p> <p>*ELIQUIS 2,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 60 COMPRIMIDOS (10 COMPRIMIDOS/BLISTER)</p>	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, traumatología, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (fAnV) con uno o más factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomática (mayor o igual clase 2 escala NYHA).</li> </ul> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq 3</math> y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</li> <li>Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> <li>Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
		*ELIQUIS 5 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA, 60 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevencion del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (fanv) con uno o mas factores de riesgo tales como ictus o ataque isquémico transitorio (ait) previos; edad mayor o igual 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardiaca sintomática (mayor o igual clase 2 escala nyha).</li> </ul> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>• Paciente con antecedentes de hemorragia intracranial (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>• Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq 3</math> y al</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> <li>• Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</li> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
B01AF03	EDOXABAN  CPD	* LIXIANA 15 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 10 COMPRIMIDOS * LIXIANA 30 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 28 COMPRIMIDOS * LIXIANA 60 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevencion del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular (FANV) con uno o mas factores de riesgo tales como insuficiencia cardiaca congestiva, hipertension, edad mayor o igual a 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquemico transitorio (AIT) previos.</li> </ul> <p>Criterios de inclusión:</p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.</li> <li>• Paciente con antecedentes de hemorragia intracranal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.</li> <li>• Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED <math>\geq 3</math> y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples.</li> <li>• Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR.</li> <li>• Paciente que ha iniciado tratamiento con un antagonista de la vitamina K en el que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. Se considerará que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65% (Método Rosendaal) o cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses.</li> <li>▪ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, traumatología,</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
C01BD07	DRONEDARONA DH	*DRONEDARONA 400 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *MULTAQ 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<p><i>hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento del ritmo sinusal después de una cardioversión efectiva en pacientes adultos y clínicamente estables con fibrilación auricular paroxística o persistente. Por su perfil de seguridad, debe prescribirse solo después de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. No debe administrarse a pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología y medicina interna.</i></p>
C01DX22	VERICIGUAT CPD	*VERQUVO 2,5 MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *VERQUVO 5 MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *VERQUVO 10 MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *VERQUVO 10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40% , que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.</li> </ul>
C02AC02	GUANFACINA DH	*INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 4MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 2MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología o neuropediatría.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
C04AX21	NAFTIDROFURIL FR	PRAXILENE 100MG 50 CAPSULAS	<p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra, neurólogo o neuropediatra.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Claudicación intermitente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
C10AA01	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA 40MG 28 COMPRIMIDOS SIMVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS SIMVASTATINA 10MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA02	LOVASTATINA	LOVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS LOVASTATINA 40MG 30 COMPRIMIDOS LOVASTATINA 20MG 30 COMPRIMIDOS LOVASTATINA 40MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA03	PRAVASTATINA	PRAVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS PRAVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS PRAVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA04	FLUVASTATINA	FLUVASTATINA 80MG 28 COMP LIBERACION PROLO FLUVASTATINA 20 MG 28 CAPSULAS FLUVASTATINA 40 MG 28 CAPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA05	ATORVASTATINA	ATORVASTATINA 10MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 40MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 80MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA07	ROSUVASTATINA CPD	ROSUVASTATINA 30 MG COMPRIMIDOS ARROX 30 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se lleva a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
C10AA07	ROSUVASTATINA	ROSUVASTATINA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIER ROSUVASTATINA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERT ROSUVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIER	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AA08	PITAVASTATINA	PITAVASTATINA 2MG 28 COMPRIMIDOS PITAVASTATINA 4MG 28 COMPRIMIDOS PITAVASTATINA 1MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10AC04	COLESEVELAM HIDROCLORURO CPD	CHOLESTAGEL 625MG 180 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>En combinación con un inhibidor de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A (HMG-CoA) reductasa (estatina), está indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para proporcionar una reducción adicional en las concentraciones de colesterol de lipoproteína de baja densidad (C-LDL) en aquellos pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria que no están controlados adecuadamente sólo con estatina.</li> <li>Como monoterapia, está indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para la reducción del colesterol total y del C-LDL elevados, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria para los que el tratamiento con estatinas es inapropiado o no es bien tolerado.</li> <li>Se puede utilizar junto con ezetimiba, con o sin estatina, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria incluyendo a los pacientes con hipercolesterolemia familiar.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
C10AX06	OMEGA-3-TRIGLICERIDOS FR	ACIDOS OMEGA 3 1000 MG CAPSULAS OMACOR 1000 MG CAPSULAS BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes con hipertrigliceridemia grave (<math>\geq 500</math>mg/dl) en los que los fibratos están contraindicados.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
C10AX09	EZETIMIBA	EZETIMIBA 10MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BA02	SIMVASTATINA+EZETIMIBA	EZETIMIBA/SIMVASTATINA 10/20MG 28 COMPRIMI EZETIMIBA/SIMVASTATINA 10/40MG 28 COMPRIMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BA03	PRAVASTATINA+FENOFIBRATO	PRAVASTATINA/FENOFIBRATO 40/160MG 30 CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BA05	ATORVASTATINA+EZETIMIBA	ATORVASTATINA/EZETIMIBA 20/10MG 30 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA/EZETIMIBA 40/10MG 30 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA/EZETIMIBA 80/10MG 30 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BA06	ROSUVASTATINA + EZETIMIBA	ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 10/10MG 30 CAPS ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 20/10MG 30 CAPS ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 10/10 MG 30 COMP ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 20/10 MG 30 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BX03	ATORVASTATINA+AMLODIPINO	AMLODIPINO/ATORVASTATINA 10/10MG 28 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i>
C10BX05	ROSUVASTATINA+ACIDO ACETIL SALICÍLICO	ROASAX 5 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS ROASAX 10 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS ROASAX 20 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BX06	ATORVASTATINA+ RAMIPRIL + AC ACETILSALICILICO	AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/20/10MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/20/2,5MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA/RAMIPRIL 100/20/5MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/2,5MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/5MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/10MG 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
C10BX09	ROSUVASTATINA + AMLODIPINO	ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 10/5 MG 30 CAPSULAS DURAS ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 10/10 MG 30 CAPSULAS DURAS ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 20/5 MG 30 CAPSULAS DURAS ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 20/10 MG 30 CAPSULAS DURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.</i></p>
D05BB02	ACITRETINA DH	*ACITRETINA 10 MG 30 CAPSULAS DURAS *ACITRETINA 25 MG 30 CAPSULAS DURAS *NEOTIGASON 10 MG 30 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis, Ictiosis y enfermedad de Darier.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*NEOTIGASON 25 MG 30 CÁPSULAS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.</i></p>
D05BX90	DIMETILFUMARATO DH	*SKILARENCE 120MG 180 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES *SKILARENCE 120MG 90 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES *SKILARENCE 30MG 42 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 esté recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
D06BX03	TIRBANIBULINA CPD	KLISYRI 10 MG/G POMADA, 5 SOBRES DE 250 MG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Queratosis actínica múltiples o que requieren tratamiento del campo de cancerización, no candidatos por contraindicación, intolerancia o falta de eficacia a la terapia fotodinámica o al resto de tratamiento tópicos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
D07AC01	BETAMETASONA CPD	CORTITAPE 2,250 MG 8 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la psoriasis crónica en placas localizada en áreas difíciles de tratar (como por ejemplo rodillas, codos y la cara anterior de la tibia), en un área no superior al 5% de la superficie corporal.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
D10BA01	ISOTRETINOINA DH	ISOTRETINOINA 10 MG 50 CAPSULAS BLANDAS ISOTRETINOINA 20 MG 50 CAPSULAS BLANDAS ISOTRETINOINA 30 MG 50 CAPSULAS BLANDAS DERCUTANE 10 MG 50 CÁPSULAS DERCUTANE 20 MG 50 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		DERCUTANE 30 MG CAPSULAS BLANDAS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.</i></p>
D11AH04	ALITRETINOÍNA DH	ALITRETINOINA 10 MG CAPSULAS ALITRETINOINA 30 MG CAPSULAS TOCTINO 10 MG CAPSULAS TOCTINO 30 MG CAPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado en adultos con eczema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.</i></p>
G03AC08	ETONOGESTREL DH	IMPLANON NXT 68MG 1 IMPLANTE CON APLICADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoncepción en mujeres entre 18 y 40 años de edad.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Ginecología.</i></p>
G03CA04	ESTRIOL	GELISTROL 50 MICROGRAMOS/G GEL VAGINAL , 1 TUBO DE 10 G	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento local de la sequedad vaginal en mujeres postmenopáusicas con atrofia vaginal severa causada por: Síndrome de Sjögren, radioterapia cáncer de cervix, radioterapia pélvica, tratamiento con quimioterapia y enfermedad autoinmune.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
G03CC07	ESTROGENOS CONJUGADOS + BAZEDOXIFENO CPD	*DUAVIVE 0,45 MG/20 MG COMPRIMIDOS DE LIBERACION MODIFICADA , 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento en segunda linea para el manejo de los síntomas asociados a la deficiencia de estrógenos en mujeres que no son candidatas a una terapia con progestágenos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
G03GA01	GONADOTROFINA CORIONICA DH	*GONASI KIT 5.000 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA CON DISOLVENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>En mujeres con anovulación u oligovulación para desencadenar la ovulación y la inducción de la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular. Para un programa de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) como la fecundación in vitro: desencadenamiento de la maduración folicular final y de la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i> <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA02	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE /HORMONA LUTEINIZANTE	* MENOPUR 10 AMPOLLAS * MENOPUR 1200 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE, JERINGA PARA INYECCION 9 + JERING. PRECAR 2 + VIAL * MENOPUR 5 AMPOLLAS * MENOPUR 600 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE, JERINGA PARA INYECCION 9 + JERINGA PRECARG + VIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovárica hipo o normogonadotrópica: estimulación del crecimiento folicular.</li> <li>Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con Hcg para estimular la espermatogénesis.</li> </ul> <p>Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida(TRA).</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i> <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
		* MERIOFERT KIT 75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL * MERIOFERT KIT 75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de anovulación (incluyendo la enfermedad del ovario poliquístico, PCOD) en mujeres que deseen concebir y que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*MERIOFERT KIT 150 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL</p> <p>*MERIOFERT KIT 150 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida(TRA).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i>  <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA04	UROFOLITROPINA DH	<p>*BRAVELLE 75 UI 10 VIALES Y 10 AMPOLLAS POLVO Y SOLVENTE PARA SOL INYECTABLE</p> <p>*FOSTIPUR 75 UI/ML 1 VIAL Y 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE</p> <p>*FOSTIPUR 75 UI/ML 10 VIALES Y 10 AMPOLLAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE</p> <p>*FOSTIPUR 150 UI/ML 1 VIAL Y 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE</p> <p>*FOSTIPUR 150 UI/ML 10 VIALES Y 10 AMPOLLAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de esterilidad en mujeres en la siguiente situación clínica: hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA) (p.ej. fecundación in vitro/ transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i>  <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA05	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE ALFA DH	<p>*BEMFOLA 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 75 UI/0,125 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 450 UI/0,75 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 150UI/0,25ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de anovulación (incluyendo la enfermedad del ovario poliquístico, PCOD) en mujeres que deseen concebir y que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</li> <li>Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, fertilización "in vitro" (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencia intratubárica de zigotos (ZIFT).</li> <li>Administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (Hcg) en la estimulación de la</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*BEMFOLA 300 UI/0,50 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 75 UI/0,125 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 225 UI/0,375 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 225 UI/0,375 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 225UI/0,375ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE</p> <p>*BEMFOLA 300 UI/0,50 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA</p> <p>*BEMFOLA 300UI/0,50ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE</p> <p>*GONAL-F 1050 UI/1,75 ML (77 MCG/1,75 ML) 1 VIAL + 1 JER PREC SOL INY</p> <p>*GONAL-F 300 UI/0,5 ML 1 PLUMA PRECARGADA + 5 AGUJAS SOL INY</p> <p>*GONAL-F 450 UI/0,75 ML 1 PLUMA PRECARGADA + 7 AGUJAS SOL INY</p> <p>*GONAL-F 75 UI (5,5 MCG)/VIAL 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCIÓN INYECT.</p> <p>*GONAL-F 75 UI (5,5 MCG)/VIAL 10 VIALES + 10 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCIÓN INYECT.</p> <p>*GONAL-F 75 UI (5,5 MCG)/VIAL 5 VIALES + 5 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCIÓN INYECT. (BAJA: X/2011)</p>	<p>espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), 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> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>* GONAL-F 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 1 PLUMA PRECARGADA + 4 AGUJAS</p> <p>*GONAL-F 900 UI/1,5 ML (66 MCG/1,5 ML) SOL INYECT 1 PLUMA PREC + 14 AGUJAS</p> <p>* OVALEAP 300 UI / 0,5 ML SOLUCION INYECTABLE 300 IU/0,5 ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS PARA INYECCION</p> <p>* OVALEAP 450 UI / 0,75 ML SOLUCION INYECTABLE 450 IU/0,75 ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS PARA INYECCION</p> <p>* OVALEAP 900 UI / 1,5 ML SOLUCION INYECTABLE 900 UI / 1,5 ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS PARA INYECCION</p>	
G03GA06	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE BETA DH	<p>*PUREGON 100 UI/0,5ML 10 VIALES SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>*PUREGON 300 UI/0,36 ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>*PUREGON 600 UI/0,72 ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>*PUREGON 900 UI/1,08 ML 1 CARTUCHO + 9 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de anovulación (incluyendo la enfermedad del ovario poliquístico, PCOD) en mujeres que deseen concebir y que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</li> <li>Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, fertilización "in vitro" (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencia intratubárica de zigotos (ZIFT).</li> <li>En el varón: Espermatogénesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrófico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i>  <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA07	LUTROPINA ALFA	*LUVERIS 75 UI/VIAL 10 INYECTABLES 1 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lutropina alfa, asociado a un preparado de hormona folículo estimulante (FSH), se recomienda para la estimulación del</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
	DH	*LUVERIS 450UI SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 0,72 ML +12 AGUJAS (BAJA: I/2015)	<p>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.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA DH	<p>*OVITRELLE 250 MCG/0,5 ML 1 JERINGA SOL. INYECTABLE</p> <p>*OVITRELLE 250MCG 1 ENVASE CON 1 PLUMA PRECARGADA Y 1 AGUJA INYECCION SOLUCION INYECTABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida, tales como la fertilización in vitro (FIV): Se administra para desencadenar la maduración folicular final y la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.</li> <li>Mujeres con anovulación u oligo-ovulación: Se administra para desencadenar la ovulación y la luteinización en mujeres con anovulación u oligo-ovulación tras la estimulación del desarrollo folicular.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA10	FOLITROPINA DELTA DH	<p>*REKOVELLE 12 MICROGRAMOS/0,36 ML SOLUCION INYECTABLE, 1 CARTUCHO DE 0,36 ML + 3 AGUJAS PARA INYECCION</p> <p>* REKOVELLE 12 MICROGRAMOS/0,36 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 0,36 ML + 3 AGUJAS</p> <p>*REKOVELLE 36 MICROGRAMOS/1,08 ML SOLUCION INYECTABLE, 1 CARTUCHO DE 1,08 ML + 6 AGUJAS PARA INYECCION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de folículos multiples en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) tales como fecundación in vitro (FIV) o ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*REKOVELLE 36 MICROGRAMOS/1,08 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 1,08 ML + 6 AGUJAS</p> <p>*REKOVELLE 72 MICROGRAMOS/2,16 ML SOLUCION INYECTABLE, 1 CARTUCHO DE 2,16 ML + 9 AGUJAS PARA INYECCION</p> <p>* REKOVELLE 72 MICROGRAMOS/2,16 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 2,16 ML + 9 AGUJAS</p>	<p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA09	CORIFOLITROPINA ALFA DH	<p>*ELONVA 100 MICROGRAMOS SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML</p> <p>*ELONVA 150 MICROGRAMOS SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimulación ovárica controlada en combinación con un antagonista de la GnRH para el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida. (TRA)</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03GA91	LUTROPINA ALFA+FOLITROPINA ALFA DH	<p>*PERGOVERIS 150UI/75UI 10 VIALES POLVO+10 VIALES DISOLVENTE</p> <p>*PERGOVERIS 150UI/75UI 1 VIAL POLVO+1 VIAL DISOLVENTE SOLUCIÓN INYECTABLE</p> <p>*PERGOVERIS 150 UI/75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 3 viales + 3 viales de disolvente</p> <p>* PERGOVERIS (450 UI + 225 UI)/0,72 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 pluma precargada de 0,72 ml + 7 agujas</p> <p>* PERGOVERIS (300 UI + 150 UI)/0,48 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 pluma precargada de 0,48 ml + 5 agujas</p> <p>* PERGOVERIS (900 UI + 450 UI)/1,44 ML SOLUCION INYECTABLES EN PLUMA PRECARGADA, 1 pluma precargada de 1,44 ml + 14 agujas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 &lt;1,2UI/l.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
G03GB02	CLOMIFENO CPD	*CLOMIFEN CASEN 25 MG 20 CÁPSULAS (BAJA: III/2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En todos los casos de anovulación:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- En pubertad retrasada.</li> <li>- En amenorreas. En amenorreas con hirsutismo (síndrome de Stein-Leventhal). En amenorreas con galactorreas (síndrome de Chiari-Frommel). En amenorreas psicógenas u oligoamenorreas.</li> <li>- En lactancias persistentes.</li> <li>- En insuficiencias hipotalámicas con ovarios intactos.</li> <li>- En insuficiencias ováricas por carencia hipofisiaria o en los ovarios de "mala calidad" (malos receptores de los efectos gonadoestimulantes de la hipófisis).</li> <li>- En casos de cuerpo amarillo insuficiente.</li> <li>- En esterilidad por ciclos anovulatorios.</li> </ul> </li> <li>▪ En los estados hiperestrogénicos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- En endometrios proliferativos hiperplasias endometriales (metropatía hemorrágica)</li> <li>- En mastodinia y tensión mamaria premenstrual.</li> <li>- En la mastopatía fibroquística.</li> <li>- En carcinoma mamario; en metástasis o recidivas de carcinoma endometrial.</li> </ul> </li> <li>▪ Infertilidad femenina por fallo en la ovulación. Infertilidad masculina.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
G03XB02	ULIPRISTAL CPD	*ESMYA 5 MG COMPRIMIDOS , 28 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento intermitente de los síntomas de moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas que no han alcanzado la menopausia cuando la embolización de miomas uterinos y/o las opciones de tratamiento quirúrgico no son</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>adecuadas o han fracasado.(Nota de seguridad AEMPS 12/4/21)</p> <p>De acuerdo con la posología la duración del tratamiento queda limitada a períodos de hasta 3 meses de duración cada uno.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Ginecología.</i></p> <p><u>Alerta de Seguridad de la AEMPS (12 de Abril de 2021)</u></p> <p>Esmya®: levantamiento de la suspensión de comercialización, con restricciones en sus indicaciones debido al riesgo de daño hepático grave.</p> <p><a href="https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2021-seguridad-1/esmya-acetato-de-ulipristal-5-mg-levantamiento-de-la-suspension-de-comercializacion-con-restricciones-en-sus-indicaciones-debido-al-riesgo-de-dano-hepatico-grave/">https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2021-seguridad-1/esmya-acetato-de-ulipristal-5-mg-levantamiento-de-la-suspension-de-comercializacion-con-restricciones-en-sus-indicaciones-debido-al-riesgo-de-dano-hepatico-grave/</a></p>
G04BE01	ALPROSTADILO DH	CAVERJECT 20 MCG 1 VIAL CAVERJECT 10 MCG 1 VIAL MUSE 250 MCG, 1 SOBRE (CON 1 APlicador) MUSE 500 MCG, 1 SOBRE (CON 1 APlicador) MUSE 1000 MCG, 1 SOBRE (1 APlicador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la disfunción erétil.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
	ALPROSTADILO CPD	ALPROSTADIL RECORDATI 3 MG/G CREMA , 4 APlicadores VIRIREC 3MG/G CREMA , 4 APlicadores DE UN SOLO USO (APlicador POR BOLSA)	
G04BX03	ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO	URONEFREX 125 MG 50 CÁPSULAS URONEFREX 250 MG 50 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusivamente urolitiasis provocadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (Proteus,...y</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>Pseudomonas), especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología o nefrología.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por este especialista.</i></p>
G04CB01	FINASTERIDA CPD	FINASTERIDA 5 MG COMPRIMIDOS PROSCAR 5 MG 28 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
G04CB02	DUTASTERIDA CPD	DUTASTERIDA 0,5 MG CAPSULAS BLANDAS AVIDART 0,5 mg 30 CÁPSULAS BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).</li> <li>Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
H01AX01	PEGVISOMANT DH	*SOMAVERT 10 MG/VIAL 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *SOMAVERT 15 MG/VIAL 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *SOMAVERT 20 MG/VIAL 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *SOMAVERT 25 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE 30 VIALES + 30 VIALES DE DISOLVENTE SOMAVERT 30 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE 30 VIALES + 30 VIALES DE DISOLVENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 hayan normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
H01CA02	NAFARELINA CPD	*SYNAREL 200 MCG/PULV SOLUCIÓN PULVERIZACIÓN NASAL 8 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endometriosis de localización genital y extragenital (del estadio I al estadio IV). Programas de estimulación ovárica controlada, previos a la fertilización in vitro, bajo la supervisión de un especialista.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
H01CB02	OCTREOTIDA DH	*OCTREOTIDA 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1 ML SOLUCIÓN INYECTABLE *OCTREOTIDA 200MCG/ML 1 VIAL SOLUCIÓN INYECTABLE *OCTREOTIDA 500MCG/ML 5 AMPOLLAS 1 ML SOLUCIÓN INYECTABLE *OCTREOTIDA 50MCG/ML 5 AMPOLLAS SOLUCIÓN INYECTABLE *SANDOSTATIN 0'05 MG/ML 5 AMP 1 ML *SANDOSTATIN 0'1 MG/ML 5 AMP 1 ML *SANDOSTATIN 1 MG/5ML 1 VIAL MULTIDOSIS INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acromegalia <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional.</li> </ul> </li> <li>Tumores gastroenteropancreáticos: Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumores carcinoides</li> <li>Vipomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática.</li> <li>Varices gastro-esofágicas sangrantes. <ul style="list-style-type: none"> <li>En el tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de una hemorragia recurrente debido a varices gastro-esofágicas en pacientes afectos de cirrosis.</li> </ul> </li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*SANDOSTATIN LAR 10 MG/VIAL 1 VIAL            *SANDOSTATIN LAR 20 MG/VIAL 1 VIAL            *SANDOSTATIN LAR 30 MG/VIAL 1 VIAL</p>	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado en el tratamiento de la acromegalia en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes que están controlados de forma adecuada mediante tratamiento subcutáneo con sandostatin.</li> <li>Pacientes en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz, o durante el periodo que transcurre hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.</li> </ul> </li> <li>Tumores gastroenteropancreáticos: Para la mayoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumores carcinoides</li> <li>Vipomas:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
H01CB03	LANREOTIDA ACETATO  DH	<p>*SOMATULINA AUTOGEL 60MG, sol iny- 1 jer precarg            *SOMATULINA AUTOGEL 90MG, sol iny- 1 jer precarg            *MYRELEZ 120 MG SOLUCION INYECTABLE EFG, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML            *MYRELEZ 60 MG SOLUCION INYECTABLE EFG, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML            *MYRELEZ 90 MG SOLUCION INYECTABLE EFG, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la acromegalia cuando la secreción de hormona de crecimiento no se normaliza después de intervención quirúrgica y/o radioterapia.</li> <li>Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).</li> <li>Tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (índice Ki67 hasta 10%) de intestino medio, páncreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior, y que presentan enfermedad localmente avanzada irresecable o metastásica.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*SOMATULINA 30 MG 1 INY 2 ml polvo y disolvente para susp. Inyectable</p>	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la acromegalía cuando la secreción de hormona de crecimiento no se normaliza después de intervención quirúrgica y/o radioterapia.</li> <li>Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).</li> <li>Tratamiento de adenomas hipofisarios productores de tirotropina responsables de hipertiroidismo en los casos donde esté contraindicada la cirugía y/o tras el fracaso de los tratamientos habituales (cirugía y radioterapia).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
H01CB05	PASIREOTIDA DH	<p>*SIGNIFOR 20 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA</p> <p>*SIGNIFOR 40 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA</p> <p>*SIGNIFOR 60 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de pacientes adultos con acromegalía en los que la cirugía no es una opción o no ha sido curativa y que no están adecuadamente controlados con el tratamiento con otro análogo de somatostatina (octreotida y lanreotida).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
H01CC01	GANIRELIX DH	<p>*ASTARTE 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA EFG</p> <p>*ASTARTE 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE, 5 JERINGAS PRECARGADA EFG</p> <p>*FYREMADEL 0,25 MG / 0,5 ML SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA EFG , 1 JERINGA DE 0,5 ML</p>	<p>Prevención de picos prematuros de hormona luteinizante(LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada(HOC) para técnicas de reproducción asistida(TRA).</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		* FYREMADEL 0,25 MG / 0,5 ML SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA EFG , 5 JERINGAS DE 0,5 ML *ORGALUTRAN 0.25MG/0.5ML 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCIÓN INYECTABLE *ORGALUTRAN 0.25MG/0.5ML SOL INY 5 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCIÓN INYECTABLE	<i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i>
H01CC02	CETRORELIX DH	*CETROTIDE 0,25 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PREC *CETROTIDE 0,25 MG/VIAL 7 VIALES + 7 JER PREC *CETROTIDE 3 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PREC <i>(BAJA:III/2013)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida por extracción de ovocitos y técnicas de reproducción asistida.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
H02AB04	METILPREDNISOLONA DH	URBASON 40 MG 20 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital, que precisan vía i.v. Está indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, de órganos internos, cutáneas, inmunosupresión tras trasplantes y coadyuvante en tratamiento con citostáticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la enfermedad de Addison y tras adrenalectomía.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
H04AA01	GLUCAGON CPD	BAQSIMI 3 MG POLVO NASAL 1 ENVASE UNIDOSIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes entre los 4 años cumplidos hasta el cumplimiento de los 18 años en tratamiento con insulina y con alto riesgo de hipoglucemia grave con pérdida de conciencia. A efectos de la autorización del visado se tomarán en consideración los episodios previos de pérdida de conciencia por hipoglucemias. Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>valoración médica para prescribir el siguiente envase, con el fin de conocer la situación clínica del paciente en relación a las hipoglucemias graves con pérdida de conciencia.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna y pediatría hospitalaria.</i></p>
H05BA01	CALCITONINA	CALCITONINA ALMIRALL 100 UI SOLUCION INYECTABLE CALCITONINA HUBBER 100 UI SOLUCION INYECTABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la enfermedad de Paget</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología o medicina interna.</i></p>
H05BX02	PARICALCITOL DH	PARICALCITOL 1 MICROGRAMO 28 CAPSULAS BLANDAS ZEMPLAR 1MCG 28 CÁPSULAS BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 o diálisis peritoneal.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01DC01	CEFOXITINA DH	CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10 ML EFG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01DD01	CEFOTAXIMA DH	CEFOTAXIMA IM 1G/VIAL 1 INYEC 4 ML CEFOTAXIMA IV 1G/VIAL 1 INYEC 4 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
J01DD02	CEFTAZIDIMA DH	CEFTAZIDIMA 1 G 1 VIAL + 1 AMP POLVO Y DISOLV. SOL INY CEFTAZIDIMA 500 MG 1 VIAL + 1 AMP POLVO Y DISOLV. SOL INY FORTAM 1 G INYECTABLE	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01DD04	CEFTRIAXONA DH	CEFTRIAXONA 1 G IM INY CEFTRIAXONA 1 G IV INY CEFTRIAXONA 250 MG IM INY CEFTRIAXONA 250 MG IV INY CEFTRIAXONA 500 MG IM INY CEFTRIAXONA 500 MG IV INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciones causadas por gérmenes sensibles tales como:           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Septicemia</li> <li>-Meningitis bacteriana</li> <li>-Infecciones abdominales tales como peritonitis e infecciones del tracto biliar</li> <li>-Infecciones osteoarticulares</li> <li>-Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos</li> <li>-Infecciones complicadas del tracto urinario (incluyendo pielonefritis).</li> <li>-Infecciones del tracto respiratorio</li> <li>-Infecciones del tracto genital (incluyendo la enfermedad gonococica).</li> <li>-Estadios II y III de la enfermedad de Lyme.</li> <li>-Profilaxis de infecciones postoperatorias, en cirugía contaminada o potencialmente contaminada, fundamentalmente cirugía cardiovascular, procedimientos urológicos y cirugía colorrectal.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01DE01	CEFEPIMA	CEFEPIMA 1 g POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSIÓN, 1 vial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciones en adultos debidas a microorganismos sensibles a cefepima, tales como septicemia y bacteriemia, neumonía</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
	DH		<p>grave, pielonefritis e infecciones del tracto urinario complicadas, episodios febriles en pacientes con neutropenia e infecciones biliares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infecciones en niños causadas por bacterias sensibles a cefepima: tratamiento empírico de los episodios febriles en pacientes con neutropenia, meningitis bacteriana.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01FF01	CLINDAMICINA DH	CLINDAMICINA 300 MG/AMP 1 AMP 2 ML CLINDAMICINA 600 MG/AMP 1 AMP 4 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> <li>■ Encefalitis toxoplasmática y neumonía por pneumocystis carinii en pacientes con SIDA.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01FF02	LINCOMICINA DH	CILLIMICINA 600 MG 1 AMPOLLA 2 ML LINCOCIN 600 MG 1 AMPOLLA 2 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01GB06	AMIKACINA DH	AMIKACINA 125 MG VIAL 2 ML AMIKACINA 250 MG VIAL 2 ML AMIKACINA 500 MG VIAL 2 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
J01XA01	VANCOMICINA DH	VANCOMICINA 1 G/IV 1 VIAL INY VANCOMICINA 500 MG/IV 1 VIAL INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
J01XX01	FOSFOMICINA SÓDICA DH	FOSFOCINA IV 1 G INYECTABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones severas causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L01AA01	CICLOFOSFAMIDA DH	*GENOXAL 50 MG 20 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linfoma de Hodgkin, Linfomas no Hodgkin y Mieloma multiple</li> <li>Leucemia linfocitica cronica (LLC) y Leucemia linfocitica aguda (LLA)</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 pulmón</li> <li>Como inmunosupresor en trasplantes de organos y de medula ossea</li> <li>En enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de Wegener y formas progresivas graves del LES (nefritis lupica)</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe..</i></p>
L01AX04	DACARBAZINA DH	*DACARBAZINA 1.000 MG/VIAL 1 VIAL POLVO *DACARBAZINA 500 MG/VIAL 1 VIAL POLVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melanoma metastásico maligno. Sarcomas. Linfomas de Hodgkin.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
L01BC01	CITARABINA DH	*CITARABINA 100 MG 1 INYECTABLE	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leucemia aguda, leucemia linfocítica aguda, leucemia mielocítica crónica, eritroleucemia.</li> </ul>
L01CB01	ETOPOSIDO DH	*VEPESID 100 MG 10 CÁPSULAS *VEPESID 50 MG 20 CÁPSULAS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cáncer de células pequeñas de pulmón. Leucemia aguda mielo-monocítica, leucemia aguda monocítica. Linfomas malignos (no de Hodgkin). Enfermedad de Hodgkin. Tumores testiculares y tumores testiculares refractarios.</li> <li>Cáncer ovárico: En combinación con otros fármacos quimioterapéuticos aprobados para el tratamiento del cáncer ovárico no epitelial en adultos. Tratamiento del cáncer ovárico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.</li> </ul>
L01CB02	TENIPOSIDO DH	*VUMON 50 MG 10 AMPOLLAS 5 ML	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leucemias agudas, linfomas de Hodgkin, linfomas malignos.</li> </ul>
L01XX14	TRETINOÍNA DH	*VESANOID 10 MG CÁPSULAS BLANDAS Frasco 100 cápsulas *VESANOID 10 MG CÁPSULAS BLANDAS Blister 100 cápsulas *VESANOID 10 MG CAPSULAS BLANDAS , 100 CAPSULAS	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado en combinación con el trióxido de arsénico o quimioterapia para el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda (LPA) en pacientes de nuevo diagnóstico, recidivantes o refractarios a la quimioterapia.</li> </ul>
L01XX23	MITOTANO	*LYSODREN 500 MG 100 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento sintomático del carcinoma de la corteza suprarrenal avanzado (inextirpable, metastático o de recaída). No se ha</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
	DH		<p>determinado su efecto en el carcinoma no funcional de la corteza suprarrenal.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L01XX35	ANAGRELIDA DH	* ANAGRELIDA 0,5 MG CAPSULAS DURAS * XAGRID 0,5 MG 1 FRASCO 100 CAPSULAS DURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial que no toleran el tratamiento que están siguiendo o cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento. Paciente de riesgo con trombocitemia esencial: se define por una o más de las siguientes características: &gt; 60 años o recuento de plaquetas <math>&gt; 1000 \times 10^9/l</math> o antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE01	BUSERELINA CPD	*SUPREFACT 1 MG/ML 2 VIALES 5,5 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el hombre: Carcinoma de próstata, cuando esté indicado suprimir la producción de hormonas testiculares.</li> <li>En la mujer: Tratamiento complementario, en asociación con gonadotropinas, para la inducción de la ovulación en un programa de fecundación in Vitro.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
L02AE01	BUSERELINA CPD	*SUPREFACT NASAL 0,1 MG/PULSACIÓN 2 frascos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carcinoma de próstata, cuando esté indicado suprimir la producción de hormonas testiculares.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*PROCRIN 1 VIAL 2,8 ML 14 DOSIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento paliativo de la neoplasia de próstata avanzada.</li> <li>Infertilidad femenina. Tratamiento complementario asociado a la administración de gonadotropinas exógenas, para la inducción de la ovulación en técnicas de reproducción asistida.</li> <li>Tratamiento del carcinoma de próstata localizado de alto riesgo y localmente avanzado hormonodependiente en combinación con radioterapia.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i></p> <p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*PROCRIN MENSUAL 3,75 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE, JERINGA PRECARGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está indicado en el tratamiento paliativo del carcinoma de próstata avanzado con metástasis.</li> <li>Tratamiento del carcinoma de próstata localizado de alto riesgo y localmente avanzado hormonodependiente en combinación con radioterapia.</li> <li>Tratamiento de la pubertad precoz central, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los 9 años en niñas y de los 10 en niños.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*ELIGARD MENSUAL 7,5 MG 1 VIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormonodependiente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*GINECRIN DEPOT 3,75 MG 1 VIAL 2 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento del mioma uterino (fibroma uterino) durante un período de seis meses. Este tratamiento puede emplearse como medida preoperatorio y coadyuvante a la cirugía o como</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres cercanas a la menopausia que no desean la cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Endometriosis.</li> <li>▪ Pubertad precoz.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*LUTRATE DEPOT 3.75 mg POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE , 1 vial + 1 jeringa precargada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento paliativo del cáncer de próstata avanzado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	* LUTRATE DEPOT MENSUAL 3,75 MG 1 VIAL + JER PREC 2ML POLVO Y DIS PARA SUSP LIBER PROLONG INYECT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento paliativo del cancer de prostata localmente avanzado o metastasico.</li> <li>▪ Fibromas uterinos: tratamiento del leiomioma uterino (fibromas uterinos). Este tratamiento puede usarse como medida preoperatoria o coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomatico alternativo definitivo en las mujeres perimenopausicas que no desean la cirugía.</li> <li>▪ Endometriosis: tratamiento de la endometriosis. Puede usarse solo o como terapia conjunta con la cirugía.</li> <li>▪ Cancer de mama: tratamiento del cancer de mama avanzado en mujeres pre y perimenopausicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. Esta indicado como tratamiento adyuvante, en combinacion con tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasa, del cancer de mama hormonosensible en estadio temprano en mujeres pre y perimenopausicas con alto riesgo de recurrencia (edad joven, tumor de alto grado, afectacion de los ganglios linfaticos). En mujeres que han recibido quimioterapia, el estado premenopausico debe confirmarse tras la finalizacion de la quimioterapia.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Protección ovaria: Preservación de la función ovaria en mujeres premenopáusicas con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia que puede causar insuficiencia ovaria prematura.</li> <li>■ Pubertad Precoz Central: Esta también indicado en el tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) en niños, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los nueve años en niñas y de los diez en niños.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE03	GOSERELINA CPD	*ZOLADEX DEPOT 3,6 MG 1 JERINGA SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carcinoma de próstata avanzado, cuando el tratamiento hormonal está indicado.</li> <li>■ Cáncer de mama en pacientes pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado.</li> <li>■ Endometriosis.</li> <li>■ Fibromas uterinos.</li> <li>■ Disminución del grosor del endometrio antes de la ablación del mismo. Para esta indicación, se deberán administrar dos depósitos de ZOLADEX 3,6 con intervalo de cuatro semanas, estando planificada la intervención quirúrgica entre la semana cero y la segunda después del último depósito inyectado.</li> <li>■ Reproducción asistida: Supresión del control hipofisario en la preparación para la superovulación.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE04	TRIPTORELINA DH	*DECAPEPTYL DIARIO 0'1 MG/VIAL-7 VIALES 1 ML + 7 AMP. DISOLVENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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 (F.I.V.T.E)</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.</i>  <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p>
L02AE04	TRIPTORELINA CPD	*DECAPEPTYL MENSUAL 3,75 MG POLVO Y DISOLV PARA SUSP. 1 INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cáncer de próstata hormono-dependiente, localmente avanzado o metastásico.</li> <li>▪ Cáncer de próstata hormono-dependiente, localizado de alto riesgo o localmente avanzado, en combinación con radioterapia.</li> <li>▪ Endometriosis genital y extragenital.</li> <li>▪ Fibromas uterinos.</li> <li>▪ 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 (F.I.V.T.E.).</li> <li>▪ Pubertad precoz.</li> </ul> <p><i>Para la indicación del tratamiento de la infertilidad, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado. Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.</i></p> <p><i>Para el resto de indicaciones, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L02AE04	TRIPTORELINA DH	*GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG 1 JERINGA PRECARGADA POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En el hombre: tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente.</li> <li>▪ 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</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>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 quirúrgico no está indicado como primera medida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En niños: tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L03AB03	INTERFERON GAMMA-1b HUMANO RECOMBINANTE DH	*IMUKIN 2 MILLONES UI 1 VIAL INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento coadyuvante para reducir la frecuencia de infecciones graves en pacientes con granulomatosis crónica (GC).</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L03AB04	INTERFERON ALFA-2A DH	*ROFERON-A 3 MUI/JER 6 JER PRECARGADAS 0,5 ML SOL INY *ROFERON-A 4,5 MUI/JER 6 JER PRECARGADAS 0,5 ML SOL INY *ROFERON-A 6 MUI/JER 6 JER PRECARGADAS 0,5 ML SOL INY *ROFERON-A 9 MUI/JER 6 JER PRECARGADAS 0,5 ML SOL INY	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tricoleucemia.</li> <li>Tratamiento de la hepatitis B crónica activa en adultos que presenten marcadores de replicación vírica, DNA-VHB, DNAP o Hbe Ag positivo.</li> <li>Linfoma cutáneo de células T en aquellos pacientes en que no pueda realizarse el tratamiento convencional o sean resistentes al mismo.</li> <li>Fase crónica de la leucemia mieloide crónica con cromosoma filadelfia positivo. Se ignora aún si el roferon A puede considerarse un tratamiento con potencial curativo en esta indicación.</li> <li>Indicado para el tratamiento de pacientes adultos con hepatitis C crónica histológicamente probada, con anti-VHC, que presenten niveles séricos elevados de alanina aminotransferasa (ALT), sin descompensación hepática. Se administrará a una</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>dosis de 3 a 6 millones de UI tres veces por semana, durante seis meses, como tratamiento de inducción. En pacientes que no responden después de tres o cuatro meses de tratamiento debe considerarse la suspensión del mismo. Los pacientes que muestren una normalización de los niveles séricos de ALT deben continuar con un tratamiento de mantenimiento a base de 3 millones de UI de roferon-A, tres veces por semana, durante seis meses más.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Linfoma no-Hodgkin folicular.</li> <li>▪ Carcinoma avanzado de células renales.</li> <li>▪ Pacientes adultos con hepatitis C crónica histológicamente probada con anticuerpos anti-VHC o RNA del VHC y niveles séricos elevados de alanina aminotransferasa (ALT), sin descompensación hepática.</li> <li>▪ La eficacia de interferón alfa-2<sup>a</sup> en el tratamiento de la hepatitis C aumenta al combinarse con ribavirina. roferon-A debe administrarse en monoterapia fundamentalmente en caso de intolerancia o contraindicación a la ribavirina.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L03AB05	INTERFERON ALFA 2 B  DH	*INTRONA 10 MILL UI/VI 1 VIAL MONODOS 1 ML *INTRONA 18 MILL (3 MUI/DO) 6 DOS PLUMA M *INTRONA 30 MILL UI (5 MUI/DO) 6 DOS PLUMA M *INTRONA 60 MILL UI (10 MUI/DO) 6 DOS PLUMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tricoleucemia.</li> <li>▪ Tratamiento de la hepatitis B crónica activa en adultos que presenten marcadores de replicación vírica,es decir DNA-VHB, DNAp o Hbe Ag + (duración máx de tratamiento 6 meses)</li> <li>▪ Tratamiento de pacientes adultos con hepatitis C crónica probada histológicamente con marcadores séricos de la replicación del virus de la hepatitis C (duración máxima de tratamiento 18 meses).</li> <li>▪ Tratamiento de mantenimiento en aquellos pacientes con mieloma múltiple que previamente han obtenido una respuesta</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>objetiva con el tratamiento quimioterápico de inducción habitual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fase crónica de la leucemia mieloide crónica con cromosoma filadelfia positivo o traslocación bcr/abl positivo.</li> <li>▪ Tratamiento adyuvante del linfoma de tipo folicular de alta carga tumoral (estadios III o IV) en asociación con los regímenes de quimioterapia de tipo CHOP.</li> <li>▪ Melanoma maligno: Como tratamiento adyuvante en pacientes que están libres de la enfermedad después de la cirugía pero que tienen alto riesgo de recidiva sistémica, por ejemplo, pacientes con compromiso de los nódulos linfáticos primario o recurrente (clínico o patológico).</li> <li>▪ Tumor carcinoide: Tratamiento de tumores carcinoides con nódulos linfáticos o metástasis hepática y con "síndrome carcinoide".</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILO  DH	*MICOFENOLATO DE MOFETILO 360MG 50 COMPRIMIDOS *MICOFENOLATO DE MOFETILO 250MG 100 CAPSULAS DURAS *MICOFENOLATO DE MOFETILO 360MG 50 COMPRIMIDOS *MICOFENOLATO DE MOFETILO 500MG 50 COMPRIMIDOS *CELLCEPT 1G/5 ML 1 FRASCO 110 G POLVO SUSPENSIÓN ORAL *CELLCEPT 250 MG 100 CÁPSULAS *CELLCEPT 500 MG 50 COMPRIMIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardiaco o hepático.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*CELLCEPT 500 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 50 COMPRIMIDOS	
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILO DH	*MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500MG 50 COMPR RECUB PELIC EFG *MYFORTIC 360 MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES RECUB PELÍCULA *MYFORTIC 180 MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES RECUB PELÍCULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>En combinación con ciclosporina y corticoesteroides para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes adultos sometidos a un trasplante renal alogénico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AA10	SIROLIMUS DH	*RAPAMUNE 0,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RAPAMUNE 1 MG/ML 60 ML SOL ORAL *RAPAMUNE 1 MG 100 COMP RECUBIERTOS *RAPAMUNE 2 MG 30 COMP RECUBIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 microemulsión y corticoesteroides durante 2 a 3 meses. RAPAMUNE puede mantenerse como terapia de mantenimiento con corticoesteroides sólo si la ciclosporina puede interrumpirse progresivamente.</li> <li>Tratamiento de pacientes con linfangioleiomatosis esporádica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la función pulmonar.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AA13	LEFLUNOMIDA DH	*LEFLUNOMIDA 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *LEFLUNOMIDA 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *ARAVA 10 MG 30 COMP CUBIERTA PELICULAR *ARAVA 20 MG 30 COMP CUBIERTA PELICULAR *ARAVA 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA, 30 COMPRIMIDOS	Tratamiento de pacientes adultos con: <ul style="list-style-type: none"> <li>artritis reumatoide activa.</li> <li>artritis psoriásica activa.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AA18	EVEROLIMUS	*CERTICAN 0,1 MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES *CERTICAN 0,25 MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
	DH	*CERTICAN 0,25 MG 60 COMPRIMIDOS *CERTICAN 0,5 MG 60 COMPRIMIDOS *CERTICAN 0,75 MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES *CERTICAN 1 MG 60 COMPRIMIDOS	<p>o cardíaco alogénico. Debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un trasplante hepático; debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AD01	CICLOSPORINA  DH	*CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCION ORAL *SANDIMMUN NEORAL 100 MG 30 CÁPSULAS *SANDIMMUN NEORAL 100/ML 50 ML SOLUCIÓN *SANDIMMUN NEORAL 25 MG 30 CÁPSULAS *SANDIMMUN NEORAL 50 MG 30 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención del rechazo del injerto en trasplante de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón, páncreas y médula ósea.</li> <li>▪ Tratamiento del rechazo de transplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores.</li> <li>▪ Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) en el trasplante de médula ósea.</li> <li>▪ Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión. Uveitis de la enfermedad de Behcet.</li> <li>▪ En pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada. No en niños.</li> <li>▪ Está indicada en el síndrome nefrótico secundario a nefropatía de mínimos cambios, glomerulosclerosis focal y segmentaria o glomerulonefritis membranosas, en pacientes dependientes de esteroides o resistentes a los mismos.</li> <li>▪ Tratamiento de la artritis reumatoide activa severa, en pacientes en quienes los agentes antirreumáticos clásicos de acción lenta resultan inadecuados o ineficaces. No en niños.</li> <li>▪ Tratamiento de la dermatitis atópica severa, en pacientes en quienes la terapia convencional resulta ineficaz o inadecuada</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
L04AD02	TACROLIMUS	*ADVAGRAF 0,5MG 30 CÁPSULAS DURAS LIBERACIÓN PROLONGADA *ADVAGRAF 1MG 30 CÁPSULAS DURAS LIBERACIÓN PROLONGADA *ADVAGRAF 1MG 60 CÁPSULAS DURAS LIBERACIÓN PROLONGADA *ADVAGRAF 3MG 30 CÁPSULAS DURAS LIBERACIÓN PROLONGADA *ADVAGRAF 5MG 30 CÁPSULAS DURAS LIBERACIÓN PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos.</li> <li>▪ Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
L04AD02 M01AC01	TACROLIMUS	*TACROLIMUS 0,5 MG CAPSULAS DURAS *TACROLIMUS 1 MG CAPSULAS DURAS *TACROLIMUS 5 MG CAPSULAS DURAS *TARTRIME 1 MG CÁPSULAS DURAS, 60 CÁPSULAS *TARTRIME 5 MG CÁPSULAS DURAS, 30 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos.</li> <li>▪ Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
M01AC01	PIROXICAM	PIROXICAM 20MG 20 COMPRIMIDOS DISP PIROXICAM 10MG 30 CÁPSULAS PIROXICAM 20MG 20 CÁPSULAS DURAS FELDENE 10MG 30 CÁPSULAS DURAS FELDENE 20MG 20 CÁPSULAS DURAS FELDENE FLAS 20MG 20 LIOFILIZADOS ORALES FELDENE IM 20MG/AMP 6 AMPOLLAS 1ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. 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.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en reumatología, medicina interna, geriatría o medicina física y rehabilitación.</i></p>
M04AB03	BENZBROMARONA	*URINORM 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Únicamente en pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con allopurinol en las siguientes situaciones: pacientes con gota severa (gota poliarticular o gota tofácea) en los que es imprescindible el control de la hiperuricemia; hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con aclaración</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>de creatinina superior a 20 ml/min; hiperuricemia en pacientes con trasplante renal.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en reumatología o nefrología.</i></p>
M04AB05	LESINURAD CPD	*ZURAMPIC 200MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>En combinación con un inhibidor de la xantina oxidasa, esta indicado en adultos para el tratamiento de la hiperuricemia en pacientes con una afección sintomática relevante y cuya hiperuricemia no ha respondido adecuadamente con allopurinol o febuxostat a dosis máximas toleradas, restringiéndose su uso combinado con febuxostat únicamente cuando se haya utilizado previamente en combinación con allopurinol o cuando este esté contraindicado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
M05BA02	CLODRONATO DISÓDICO DH	BONEFOS 400 MG 60 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la resorción ósea grave, debida a procesos malignos, con o sin hipercalcemia.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
M05BX06	ROMOSOZUMAB	EVENITY 105 MG SOLUCIÓN INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 2 PLUMAS PRECARGADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>La financiación se limita a mujeres con osteoporosis grave definidas como DMO ≤ -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</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>moderado, según REGICOR (un riesgo &lt; 10% en las tablas de Framingham-REGICOR) o un riesgo bajo o moderado, &lt; 5% en las tablas del SCORE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se establece criterio de parada de tratamiento en línea con la ficha técnica de 12 meses de duración de tratamiento.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
N01BB02	LIDOCAINA CPD	VERSATIS 5% 20 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS VERSATIS 5% 30 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS VERSATIS 700 MG APOSITO ADHESIVO MEDICAMENTOSO, 20 APOSITOS VERSATIS 700 MG APOSITO ADHESIVO MEDICAMENTOSO, 30 APOSITOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
N02AB03	FENTANILO CPD	*ABSTRAL 100 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 100 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 200 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 200 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 300 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 300 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 400 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 400 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 600 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ABSTRAL 800 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *ACTIQ 200 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APPLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 200 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APPLICADOR BUCAL INTEGRADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiaceos para dolor crónico en cancer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*ACTIQ 200 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 400 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 400 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 400 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 600 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 600 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 600 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 800 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 800 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 1200 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 1200 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 1600 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*ACTIQ 1600 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APlicador BUCAL INTEGRADO</p> <p>*AVARIC 67 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 67 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p>	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*AVARIC 133 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 133 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 267 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 267 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 400 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 533 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p>*AVARIC 800 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET)</p> <p> *BREAKYL 800 MCG 28 PELICULAS BUALES</p> <p>*BREAKYL 1200 MCG 28 PELICULAS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 100MCG 4 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 100MCG 28 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 200MCG 4 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 200MCG 28 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 400MCG 28 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 600MCG 28 COMPRIMIDOS BUALES</p> <p>*EFFENTORA 800MCG 28 COMPRIMIDOS BUALES</p>	
N03AF03	RUFINAMIDA  DH	<p>*INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA</p> <p>*INOVELON 40 MG/ML SUSPENSION ORAL 1 FRASCO DE 460 ML</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N04BC07	APOMORFINA DH	<p>*APO-GO PFS 5 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION EN JERINGA PRECARGADA, 5 JERINGAS DE 10 ML</p> <p>*APO-GO PEN 10 MG/ML 5 PLUMAS 3 ML</p> <p>*APOMORFINA ARCHIMEDES 10MG/ML 5 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE/PERFUSION</p> <p>*DACEPTON 5 MG/ML SOLUCIÓN PARA PERCUSIÓN EFG 1 VIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las fluctuaciones motoras incapacitantes que persisten en los pacientes con enfermedad de Parkinson, a pesar del tratamiento con levodopa ajustado individualmente (con o sin inhibidor periférico de la decarboxilasa) y/u otros agonistas dopamínérgicos.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
N04BX01	TOLCAPONA DH	<p>*TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA</p> <p>*TASMAR 200MG 100 COMPRIMIDOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado en combinación con levodopa/benseracida 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. Debido al riesgo de daño hepático agudo, potencialmente mortal, no debe considerarse de primera línea complementario a levodopa/benseracida levodopa/carbidopa. Si no se observan beneficios clínicos considerables dentro de las 3 semanas posteriores al inicio del tratamiento, se debe interrumpir.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
N05AE04	ZIPRASIDONA CPD-E	<p>*ZELDOX 20 MG 56 CÁPSULAS</p> <p>*ZELDOX 40 MG 14 CÁPSULAS</p> <p>*ZELDOX 40 MG 56 CÁPSULAS</p> <p>*ZELDOX 60 MG 56 CÁPSULAS</p> <p>*ZELDOX 80 MG 56 CÁPSULAS</p> <p>*ZIPRASIDONA 20 MG CAPSULAS DURAS</p> <p>*ZIPRASIDONA 40 MG CAPSULAS DURAS</p> <p>*ZIPRASIDONA 60 MG CAPSULAS DURAS</p> <p>*ZIPRASIDONA 80 MG CAPSULAS DURAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>Tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar. No se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i></p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N05AE04	ZIPRASIDONA CPD-E	*ZELDOX 20 MG/VIAL 1 INYECTABLE 1,2 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento por vía oral no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i> <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AE05	LURASIDONA CPD-E	*LATUDA 18,5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *LATUDA 37 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *LATUDA 74 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i> <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AH03	OLANZAPINA CPD-E	*OLANZAPINA 2,5MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 5MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 7,5MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 10MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 2,5MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 5MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 7,5MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 10MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 15MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 20MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 2,5MG CAPSULAS *OLANZAPINA 5MG CAPSULAS *OLANZAPINA 7,5MG CAPSULAS *OLANZAPINA 10MG CAPSULAS *OLANZAPINA 15MG CAPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>Tratamiento del episodio maníaco moderado a severo.</li> <li>Prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i> <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*OLANZAPINA 20MG CAPSULAS *ZYPREXA 10 MG 28 COMPRIMIDOS *ZYPREXA 10 MG 56 COMPRIMIDOS *ZYPREXA 2,5 MG 28 COMPRIMIDOS *ZYPREXA 5 MG 28 COMPRIMIDOS *ZYPREXA 7,5 MG 56 COMPRIMIDOS * ZYPREXA VELOTAB 5 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ZYPREXA VELOTAB 10 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ZYPREXA VELOTAB 10 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ZYPREXA VELOTAB 15MG 28COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ZYPREXA VELOTAB 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	
N05AH03	OLANZAPINA	*OLANZAPINA 10MG/VIAL 1 VIAL 2ML INYEC *ZYPREXA 10 MG/VIAL 1 INYECTABLE 2 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control rápido de la agitación y los comportamientos alterados en pacientes con esquizofrenia o episodio maníaco, cuando no es adecuado el tratamiento por vía oral.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AH04	QUETIAPINA  CPD-E	*QUETIAPINA 25MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 50MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 100MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 150MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 200MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 300MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 400MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>▪ Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que evite las recurrencias de los episodios maníacos depresivos.</li> <li>▪ Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*QUETIAPINA 50MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 100MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 150MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 200MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 300MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 400MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 600MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la prevención de la recurrencia del trastorno bipolar.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i></p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AH04	QUETIAPINA	*SEROQUEL 100 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA *SEROQUEL 200 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA *SEROQUEL 300 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA *SEROQUEL PROLONG 150 MG COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 60 COMPRIMIDOS *SEROQUEL PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA *SEROQUEL PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA *SEROQUEL PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA *SEROQUEL PROLONG 50 MG COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 10 COMPRIMIDOS *SEROQUEL PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que evite las recurrencias de los episodios maníacos depresivos.</li> <li>Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.</li> <li>Tratamiento de la prevención de la recurrencia del trastorno bipolar.</li> <li>Tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i></p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AH05	ASENAPINA MALEATO CPD-E	*SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se utiliza para tratar los episodios maníacos de moderados a graves (estado de ánimo extremadamente eufórico) en adultos (18 años o más) con trastorno bipolar, una enfermedad mental en la que los pacientes atraviesan períodos de estado de ánimo anormalmente eufórico que alternan con períodos de estado de ánimo normal o deprimido.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N05AL05	AMISULPRIDA CPD-E	*AMISULPRIDA 100MG/ML SOLUCION ORAL 60 ML *AMISULPRIDA 100MG 60 COMPRIMIDOS *AMISULPRIDA 200MG 60 COMPRIMIDOS *AMISULPRIDA 400MG 30 COMPRIMIDOS *SOLIAN 100 MG 60 COMPRIMIDOS *SOLIAN 100 MG/ML SOLUCION ORAL 60 ML *SOLIAN 200 MG 60 COMPRIMIDOS *SOLIAN 400 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	<p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AX08	RISPERIDONA CPD-E	*RISPERIDONA 25MG/VIAL 1 VIAL + 1 JE *RISPERIDONA 37,5MG/VIAL 1 VIAL + 1 JE *RISPERIDONA 50MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER *RISPERIDONA 75 MG INYECTABLE 1 JERINGA PREC *RISPERIDONA 100 MG INYECTABLE 1 JERINGA PREC *RISPERIDONA 1MG/ML SOLUCION ORAL ML *RISPERIDONA 0,5MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 0,5MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 4MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 4MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 6 MG COMPRIMIDOS *RISPERDAL 1 MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las psicosis esquizofrénicas agudas y crónicas, así como en otras condiciones psicóticas en las cuales los síntomas positivos (tales como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (tales como afectividad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza de lenguaje) sean notables. También alivia los síntomas afectivos (tales como depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia.</li> <li>Pacientes diagnosticados de demencia para el tratamiento sintomático de los cuadros psicóticos y episodios de agresividad severos que no respondan a medidas no farmacológicas y para los que se hayan descartado otras etiologías.</li> <li>Medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares.</li> <li>Tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>         *RISPERDAL 1 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS          *RISPERDAL 1 MG/1ML 100 ML SOLUCIÓN ORAL          *RISPERDAL 1 MG/1ML 30 ML SOLUCIÓN ORAL          **RISPERDAL 3 MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS          *RISPERDAL 3 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS          *RISPERDAL 6 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS          *RISPERDAL 6 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS          *RISPERDAL FLAS 0,5 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 0,5 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 1 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 1 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 2 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 2 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 3 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 3 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 4 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES          *RISPERDAL FLAS 4 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES       </p>	<p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i></p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AX08	RISPERIDONA	*OKEDI 100 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		PROLONGADA, 1 JERINGA PRECARGADA + 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS *OKEDI 75 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA, 1 JERINGA PRECARGADA + 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS *RISPERDAL CONSTA 25 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARGADA *RISPERDAL CONSTA 37,5 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARGADA *RISPERDAL CONSTA 50 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARGADA	<i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i> <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i>
N05AX12	ARIPIPRAZOL  CPD-E	*ARIPIPRAZOL 5MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 10MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 15MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 20 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 30MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 1MG/ML SOLUCION ORAL 150ML *ABILIFY 1 MG/ML 150ML SOLUCION ORAL *ABILIFY 10 MG 28 COMPRIMIDOS *ABILIFY 10 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ABILIFY 15 MG 28 COMPRIMIDOS *ABILIFY 30 MG 28 COMPRIMIDOS *ABILIFY 15 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ABILIFY 5 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>▪ Tratamiento de episodios maníacos moderados o severos en Trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en pacientes que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.</li> </ul> <i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i> <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N05AX12	ARIPIPRAZOL CPD-E	*ARIPIPRAZOL 9,75MG 1 VIAL *ARIPIPRAZOL 300MG 1 VIAL *ARIPIPRAZOL 400MG 1 VIAL *ABILITY 7,5 MG/ML 1 VIAL 1,3 ML SOL INYECTABLE *ABILITY MAINTENA 300 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA 1 VIAL + 1 VIAL DE DISOLVENTE *ABILITY MAINTENA 400 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA 1 VIAL + 1 VIAL DE DISOLVENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el control rápido de la agitación y alteraciones del comportamiento en pacientes con esquizofrenia o en los episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar I, cuando el tratamiento oral no es adecuado.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
N05AX13	PALIPERIDONA CPD-E	*PALIPERIDONA 3MG 28 COMP LIBERACION MODIFI *PALIPERIDONA 6MG 28 COMP LIBERACION MODIFI *PALIPERIDONA 9MG 28 COMP LIBERACION MODIFI *PALIPERIDONA 150 MG SUSP INYECTABLE DE LIBER *PALIPERIDONA 100MG 1JER PREC+2AGU SUSP IN LIB *PALIPERIDONA 75MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 50MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 350MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 263MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 525MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 175MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 700 MG INYECT 3,5 ML 1 JER PREC *PALIPERIDONA 1.000 MG INYECT 5 ML 1 JER PREC *INVEGA 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA *INVEGA 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la esquizofrenia.</li> <li>Tratamiento de síntomas psicóticos o maníacos del trastorno esquizoafectivo en adultos.</li> </ul> <p><i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*INVEGA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA *XEPLION 50MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB PROL *XEPLION 75MG 1JER PREC+2AGU SUSP INY LIB PROL *XEPLION 100MG 1JER PREC+2AGU SUSP IN LIB PROL *XEPLION 150MG 1JER PREC+2AGU SUSP IN LIB PROL	
N05AX15	CARIPRAZINA  CPD-E	*REAGILA 1,5 MG CAPSULAS DURAS, 7 CAPSULAS *REAGILA 1,5 MG CAPSULAS DURAS, 28 CAPSULAS *REAGILA 3 MG CAPSULAS DURAS, 7 CAPSULAS *REAGILA 3 MG CAPSULAS DURAS, 28 CAPSULAS *REAGILA 4,5 MG CAPSULAS DURAS, 28 CAPSULAS *REAGILA 6 MG CAPSULAS DURAS, 28 CAPSULAS	Tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos.  <i>Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.</i>  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.</i>
N06BA12	LISDEXANFETAMINA  DH	ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS	Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en niños de 6 a 18 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.  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología o neuropediatria..</i> <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra, neurólogo o neuropediatra.</i>
N06BA12 N06DA02	LISDEXANFETAMINA  DH  DONEPEZILO  DH	ELVANSE ADULTOS 30 MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE ADULTOS 50 MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE ADULTOS 70 MG 30 CAPSULAS DURAS	Tratamiento integral para el TDAH en adultos sólo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada  <i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología.</i>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		DONEPEZILO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DONEPEZILO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTO DONEPEZILO 2 MG/ML SOLUCION ORAL 150 ML DONEPEZILO 5MG 28 COMP BUCODISPERSABLES DONEPEZILO 10MG 28 COMP BUCODISPERSABLES ARICEPT 10 MG 28 COMP RECUBIERTOS ARICEPT 5 MG 28 COMP RECUBIERTOS ARICEPT FLAS 10 MG 28 COMP BUCODISPERSABLES ARICEPT FLAS 5 MG 28 COMP BUCODISPERSABLES COMPRIMIDOS	<p><i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra o neurólogo.</i></p> <p>Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer de intensidad leve a moderada.</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología, debe ser realizada por especialista en neurología o psiquiatría.</i></p>
N06DA03	RIVASTIGMINA  DH	RIVASTIGMINA 1,5MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 2MG/ML SOLUCION ORAL 120ML RIVASTIGMINA 3MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 4,5MG 112 CAPSULAS RIVASTIGMINA 6MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 4,6MG/24H PARCHES TRANSDER RIVASTIGMINA 9,5MG/24H PARCHES TRANSDER RIVASTIGMINA 13,3MG/24H 60 PARCHES TRANSDER EXELON 1,5 MG 112 CAPSULAS DURAS EXELON 1,5 MG 28 CAPSULAS DURAS EXELON 1,5 MG 56 CAPSULAS DURAS EXELON 2 MG/ML 120 ML SOLUCION ORAL EXELON 3 MG 112 CAPSULAS DURAS EXELON 3 MG 56 CAPSULAS DURAS EXELON 4,5 MG 112 CAPSULAS DURAS EXELON 4,5 MG 56 CAPSULAS DURAS EXELON 4,6MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer de intensidad leve a moderadamente grave.</li> <li>Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		EXELON 4,6MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EXELON 6 MG 112 CAPSULAS DURAS EXELON 6 MG 56 CAPSULAS DURAS EXELON 9,5MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EXELON 13,3 MG/24 H PARCHE TRANSDERMICO 60 (2 X 30) PARCHES PROMETAX 2 MG/ ML 120 ML SOLUCIÓN ORAL PROMETAX 3 MG 112 CAPSULAS DURAS PROMETAX 3 MG 56 CAPSULAS DURAS PROMETAX 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS PROMETAX 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS PROMETAX 4'5 MG 112 CÁPSULAS DURAS PROMETAX 4'5 MG 56 CAPSULAS DURAS PROMETAX 9,5MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS	
N06DA04	GALANTAMINA DH	GALANTAMINA 16MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 24MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 8MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 4MG/ML SOLUCION ORAL 100ML REMINYL 8 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA REMINYL 16 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA REMINYL 24 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer leve o moderadamente grave.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.</i></p>
N06DX01	MEMANTINA DH	MEMANTINA 5MG/PULSACION (0.5ML) SOLUCION ORAL 100ML MEMANTINA 10MG 112 COMPRIMIDOS MEMANTINA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS MEMANTINA (5/10/15/20MG) 4X7 COMPRIMIDOS MEMANTINA 10MG/ML SUSP ORAL 100 ML MEMANTINA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		MEMANTINA 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISP AXURA 10 MG 112 COMPS CUB. PELICULAR AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA AXURA 5 MG/PULSACION SOLUCION ORAL 100 ML AXURA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS AXURA 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA DETAM 10 MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG DETAM 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG EBIXA 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EBIXA 10 MG 112 COMPS CUB. PELICULAR EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EBIXA 5 MG/PULSACION, SOLUCIÓN ORAL, 100 ML EBIXA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA MEMOREL FLAS 20 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG MEMANTINA MACLEODS 5 MG/PULSACION SOLUCION ORAL EFG, 1 FRASCO DE 100 ML NEMDATINE 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 112 COMPRIMIDOS NEMDATINE 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 56 COMPRIMIDOS PROTALON 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG , 112 comprimidos	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N07BC51	NALOXONA+BUPRENORFINA DH	PROTALON 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG , 56 comprimidos BUPRENORFINA/NALOXONA 2 MG/0,5 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES BUPRENORFINA/NALOXONA 8 MG/2 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES BUPRENORFINA/NALOXONA 8 MG/2 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES BUPRENORFINA/NALOXONA TILLOMED 8MG/2MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 2/0.5MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 8/2MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 8/2MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 5,7 MG/1,4 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 8,6 MG/2,1 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 11,4 MG/2,9 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 5,7 MG/1,4 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 2,9 MG/0,71 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 2,9 MG/0,71 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 11,4 MG/2,9 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ZUBSOLV 1,4 MG/0,36 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de sustitución de la dependencia de opiáceos, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico. La función del principio activo naloxona es impedir su administración incorrecta por vía intravenosa. El tratamiento está indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años de edad que hayan aceptado ser tratados de su adicción.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría.</i>  <i>Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por este especialista.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N07BB05	NALMEFENO CPD	*SELINCRO 18MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia del alcohol que presentan un nivel de consumo de alcohol de alto riesgo (NCR), sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata. El tratamiento se debe iniciar únicamente en los pacientes que mantienen un NCR alto dos semanas después de la evaluación inicial.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
P01CB01	MEGLUMINA ANTIMONIATO DH	GLUCANTIME 1500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE, 10 AMPOLLAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de leishmaniasis visceral (Kala azar) leishmaniasis cutánea (Botón de Oriente) y mucocutánea.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe</i></p>
R03AL08	FLUTICASONA + UMECLIDINIO + VILANTEROL CPD	*TRELEGY ELLIPTA 92 MICROGRAMOS/55 MICROGRAMOS/22 MICROGRAMOS POLVO PARA INHALACION (UNIDOSIS), 1 INHALADOR DE 30 DOSIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave, que no están adecuadamente controlados con la combinación de un corticosteroide inhalado y un agonista beta 2 de acción prolongada o con la combinación de un agonista beta 2 de acción prolongada y un antagonista muscarínico de acción prolongada. En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado a los pacientes que se encuentren en tratamiento con una triple terapia compuesta por CSI/LABA/LAMA, después de haber comprobado que responden adecuadamente a los componentes por separado, es decir, en aquellos en que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><b>(Suspensión temporal del Visado mientras persista la emergencia sanitaria de la COVID-19 según indica la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19.)</b></p> <p><a href="https://www.boe.es/eli/es/l/2021/03/29/2">https://www.boe.es/eli/es/l/2021/03/29/2</a></p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
R03AL09	FORMOTEROL + GLIPIRRONIO + BECLOMETASONA  CPD	*TRIMBOW 87 MICROGRAMOS/5 MICROGRAMOS/9 MICROGRAMOS  *TRIMBOW 88 MICROGRAMOS/5 MICROGRAMOS/9 MICROGRAMOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave, que no están adecuadamente controlados con la combinación de un corticosteroide inhalado y un agonista beta 2 de acción prolongada o con la combinación de un agonista beta 2 de acción prolongada y un antagonista muscarinico de acción prolongada. En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado a los pacientes que se encuentren en tratamiento con una triple terapia compuesta por CSI/LABA/LAMA, después de haber comprobado que responden adecuadamente a los componentes por separado, es decir, en aquellos en que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.</li> </ul> <p><b>(Suspensión temporal del Visado mientras persista la emergencia sanitaria de la COVID-19 según indica la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19.)</b></p> <p><a href="https://www.boe.es/eli/es/l/2021/03/29/2">https://www.boe.es/eli/es/l/2021/03/29/2</a></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		<p>*TRIMBOW 172 MICROGRAMOS/5 MICROGRAMOS/9 MICROGRAMOS SOLUCION PARA INHALACION EN ENVASE A PRESION, 120 DOSIS</p>	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un corticoide inhalado, un agonista beta-2 de acción prolongada y un antagonista muscarinico de acción prolongada mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situación clínica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reducción del tratamiento inhalado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
R03AL11	FORMOTEROL+GLICOPIRRONIO BROMURO+BUDESONIDA	<p>*TRIXEO AEROSPHERE 5 MICROGRAMOS/7,2 MICROGRAMOS/160 MICROGRAMOS SUSPENSION PARA INHALACION EN ENVASE A PRESION, 1 INHALADOR (120 INHALACIONES)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave, que no están adecuadamente controlados con la combinación de un corticosteroide inhalado y un agonista beta 2 de acción prolongada o con la combinación de un agonista beta 2 de acción prolongada y un antagonista muscarinico de acción prolongada. En el ámbito del SNS, se limita su dispensación, mediante visado a los pacientes que se encuentren en tratamiento con una triple terapia compuesta por CSI/LABA/LAMA, después de haber comprobado que responden adecuadamente a los componentes por separado, es decir, en aquellos en que el tratamiento está estabilizado y es efectivo.</li> </ul> <p><b>(Suspensión temporal del Visado mientras persista la emergencia sanitaria de la COVID-19 según indica la Ley)</b></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p><b>2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19.)</b>  <a href="https://www.boe.es/eli/es/I/2021/03/29/2">https://www.boe.es/eli/es/I/2021/03/29/2</a></p>
R03AL12	INDACATEROL+ GLICOPIRRONIO BROMURO+MOMETASONA	<p>*ENERZAIR BREEZHALER 114/46/136MCG 30 X 1 CAPSULAS DURAS (DOSIS UNITARIA) +1 INHAL POLVO PARA INHALACION</p> <p>*ENERZAIR BREEZHALER 114/46/136MCG 30 X 1 CAPS DURAS (DOSIS UNITARIA) +1 INHAL + 1 SENSOR POLVO PARA INHALACION</p> <p>*ZIMBUS BREEZHALER 114/46/136 MICROGRAMOS POLVO PARA INHALACION, 30 CAPSULAS DURAS + 1 INHALADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con asma grave ya en tratamiento con una triple terapia inhalada compuesta por un corticoide inhalado, un agonista beta-2 de accion prolongada y un antagonista muscarinico de accion prolongada mediante el uso de distintos inhaladores, en los que, tras evaluar su situacion clinica y grado de control del asma, no se considere adecuada la reduccion del tratamiento inhalado.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p>
R05DA03	DIHIDROCODEINA (HIDROCODONA)  FR	PARACODINA JARABE 10MG/5ML ENVASE 125ML TOSIDRIN 10MG/ML 15ML SOLUCION GOTAS TOSIDRIN 10MG/ML 30ML SOLUCION GOTAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
R05DA04	CODEINA  FR	<p>BISOLTUS 10MG/5ML 250ML SOLUCION CODEISAN 28,7MG 10 COMPRIMIDOS CODEISAN 28,7MG 20 COMPRIMIDOS <i>CODEISAN 6,33MG/5ML 125ML JARABE (BAJA: V/2013)</i> CODEISAN 6,33MG/5ML 250ML JARABE FLUDAN CODEINA 10MG/5ML 200ML SOLUCION ORAL <i>HISTAVERIN 10MG/5ML 100ML JARABE (BAJA: IX/2011)</i> NOTUSIN 100ML SOLUCION ORAL NOTUSIN 250ML SOLUCION ORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		PERDURETAS CODEINA 20 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL PERDURETAS CODEINA 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL TOSEINA, 250 ML	
R05DA07	NOSCAPINA FR	TUSCALMAN 15MG 20 SUPOSITORIOS NIÑOS TUSCALMAN 15MG/5ML 150ML JARABE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
R05DA09	DEXTROMETORFANO FR	ROMILAR 15 MG/5 ML JARABE ,1 FRASCO DE 200 ML ROMILAR 15MG 20 COMPRIMIDOS ROMILAR 15MG/ML 20ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
R05DA11	DIMEMORFANO FR	DASTOSIN 10MG/5ML 150ML JARABE DASTOSIN 10MG/5ML 250ML JARABE DASTOSIN 20MG 30 CAPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
S01AD09	GANCICLOVIR DH	VIRGAN 1,5 MG/G GEL OFTÁLMICO 1 TUBO DE 5G	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.</li> </ul> <p>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe</p>
S01XA20	LAGRIMAS ARTIFICIALES FR	ACUOLENS SOLUCION, 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,5 ML CAMELOSA QUALIGEN 5 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION EN ENVASES UNIDOSIS, 30 envases unidosis de 0,4 ml CAMELOSA STADA 5 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION EN ENV HIDRATHEA, 10 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		HIPROMELOSA STADA 3,2 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION OCULOTECT 50MG/ML 10ML COLIRIO EN SOLUCION OCULOTECT 50MG/ML 20X0,4ML COLIRIO SOLUCION OFARSIN 2 MG/G MULTIDOSIS GEL OFTALMICO, 1 FRASCO 10G GEL OFARSIN 2MG/G GEL OFTALMICO , 30 ENVASES UNIDOSIS 0,6G SICCAFLUID 2,5 MG/G GEL OFTALMICO EN UNIDOSIS, 30 MONODOSIS DE 0,5G SICCAFLUID 2,5 MG/G GEL OFTALMICO EN UNIDOSIS, 60 MONODOSIS DE 0,5G VISCOFRESH 0,5% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO VISCOFRESH 0.5% 2 MG 30 ENVASES 0.4 ML VISCOFRESH 1% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO	
S01XA94	CARBOMERO  FR	SICCAFLUID 0,25% 10G GEL OFTALMICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
S01XA98	POLIVINILICO ALCOHOL  FR	LIQUIFILM LAGRIMAS 1.4% SOLUCION 15 ML	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
V01AA02	EXTRACTO POLEN PHLEUM PRATENSE  CPD	GRAZAX 75000 SQ-T 30 LIOFILIZADOS ORALES GRAZAX 75000 SQ-T, 90 LIOFILIZADO ORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en pacientes adultos y niños (de 5 años o mayores) con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas.</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
V01AA02	EXTRACTO POLEN DACTYLIS GLOMERATA, ANTHOXANTHUM ODORATUM, LOLIUM PERENNE, POA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSE  CPD	ORALAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ORALAIR INICIO 100/300 IR 1 X 3 + 1 X 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en pacientes adultos, adolescentes y niños (mayores de 5 años) con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
V01AA03	DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS + DERMATOPHAGOIDES FARINAE  CPD	ACARIZAX, 90 LIOFILIZADOS ORALES ACARIZAX, 30 LIOFILIZADOS ORALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes adultos (18-65 años), diagnosticados por su historia clínica y prueba positiva de sensibilización a ácaros del polvo doméstico (prueba cutánea de prick y/o IgE específica), que presenten asma alérgica por ácaros del polvo doméstico, parcialmente controlada con corticoesteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica por ácaros del polvo doméstico, de leve a severa.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en alergología o neumología.</i></p>
V03AC03	DEFERASIROX  DH	*DEFERASIROX 90 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *DEFERASIROX 360 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *EXJADE 90 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *EXJADE 360 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *FERUPANTIL 90 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la sobrecarga ferrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (&gt; o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.</li> <li>Tratamiento de la sobrecarga ferrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina este contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes pediátricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguíneas</li> </ul> </li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*FERUPANTIL 360 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	<p>frecuentes (mayor o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de 2 a 5 años,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En adultos y pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas poco frecuentes (&lt;7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de edad igual o superior a 2 años.</li> <li>- En adultos y pacientes pediatricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina esta contraindicado o no es adecuado en pacientes con sindromes talasemicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
V03AC03	DEFERASIROX DH	*EXJADE 125 MG 28 COMP DISPERSABLES *EXJADE 500 MG 28 COMP DISPERSABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (<math>\geq 7</math> ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.</li> <li>▪ Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- en pacientes con otras anemias,</li> <li>- en pacientes de 2 a 5 años,</li> <li>- en pacientes con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes (&lt;7 ml/kg/mes de concentrado de hematíes).</li> </ul> </li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
V03AE09	PATIROMERO CALCICO CPD	* VELTASSA 8,4 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES * VELTASSA 16,8 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES	<p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la hipertotassemia en adultos, estableciendo reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardiaca grado III-IV y con hipertotassemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en nefrología, cardiología y medicina interna.</i></p>
V03AE10	CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO	*LOKELMA 5 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES *LOKELMA 10 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la hipertotassemia en pacientes adultos con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hipertotassemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en nefrología, cardiología y medicina interna</i></p>
V04CD05	SOMATORELINA DH	*GHRH FERRING 1 AMPOLLA DE PRINCIPIO ACTIVO +1 AMPOLLAS DISOLVENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la función somatotrópica de la hipófisis anterior en casos de sospecha de deficiencia de hormona de crecimiento pero no debe utilizarse de forma rutinaria como análisis diagnóstico de los déficits de hormona de crecimiento.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
V04CX	COLINA HIDROCLORURO DH	PROVOCHOLINE 100MG 6 VIALES 20ML POLVO PARA INHALACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de la hiperreactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
V04CX	TEST DE UREA CPD	TAU KIT 100 MG 1 COMP SOLUB. UBTEST 100MG 1 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELÍCULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico "in vivo" de la infección gastroduodenal por Helicobacter pylori.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en digestivo, pediatra, médico de atención primaria o geriátrica.</i></p>
V04CX	HEXAMINOLEVULINICO DH	HEXVIX 85 MG 1 VIAL 10 ML POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INTRAVESICAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Únicamente para uso diagnóstico. Detección del cáncer de vejiga (p. ej., del carcinoma in situ) en pacientes con cáncer de vejiga conocido o alta sospecha del mismo conforme a los resultados de, p. ej., una cistoscopia de cribado o de una citología urinaria positiva. La cistoscopia de fluorescencia con luz azul se debería utilizar como método adyuvante a la cistoscopia estándar con luz blanca para servir de guía en los procedimientos de toma de biopsias.</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.</i></p>
22A01	CAMARAS DE INHALACION PEDIATRICAS FR	BABYHALER AEROCHAMBER PLUS PEDIATRICO AEROCHAMBER PLUS NEONATAL DIAMOND CON MASCARILLA NEONATO DIAMOND CON MASCARILLA INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asma infantil para niños de 0 a 4 años (no financiados en niños con 4 años cumplidos).</li> <li>Bronquiolitis para niños de 0 a 2 años (no financiados en niños con 2 años cumplidos).</li> </ul> <p><i>Prescripción de una sola cámara por niño. Por especialista en pediatría, neumología o alergología infantil.</i></p>
23A01	BOLSAS RECOGIDA ORINA PIRNA	CONVEEN MULTICANAL 600ML TUBO 45CM 10U CONVEEN MULTICANAL 800ML TUBO 45CM 10U CONVEEN MULTICANAL 800ML TUBO 65CM 10U	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontinencia y retención urinaria, y su utilización se circunscribe a lesionados medulares y grandes discapacitados físicos, pacientes con espina bífida, con esclerosis múltiple y con esclerosis lateral amiotrófica, así como a aquellos otros</li> </ul>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			<p>pacientes que por la gravedad de su patología precisen su utilización.</p> <p><i>Un envase de 10 unidades para el periodo de un mes.</i></p>
23B05	COLECTOR BOLSA RECOG ORINA FEMENINO	VILUC 1U + 14 ADHESIVOS	
06F02	SONDA VESICAL	NELATON UNO FR 8 40CM NELATON UNO FR 10 40CM NELATON UNO FR 12 40CM NELATON UNO FR 14 40CM NELATON UNO FR 16 40CM NELATON UNO FR 18 40CM ORINA UNO FR 10 20CM ORINA UNO FR 12 20CM ORINA UNO FR 14 20CM ORINA UNO FR 16 20CM	Pacientes con necesidad de sondajes intermitentes.
23C	ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA	ABSORB INCONTINENCIA DIA ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA DIA ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA DIA RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS DIA ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS NOCHE ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS SUPERNOCHE	<p>Incontinencia urinaria y/o fecal continua en pacientes mayores de 4 años</p> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.</i></p> <p><i>Un máximo de 4 absorbentes por persona al día, siendo como máximo uno de ellos de tipo Supernoche.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
<b>PRINCIPIOS ACTIVOS Y PRODUCTOS SANITARIOS PUEDEN SER INDICADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y QUE REQUIEREN VISADO</b>			
R05DA09	DEXTROMETORFANO FR	ROMILAR 15 MG/5 ML JARABE ,1 FRASCO DE 200 ML ROMILAR 15MG 20 COMPRIMIDOS ROMILAR 15MG/ML 20ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente.</li> </ul>
23C	ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA	ABSORB INCONTINENCIA DIA ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA DIA ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA DIA RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS DIA ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS NOCHE ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ANATÓMICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ELÁSTICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS SUPERNOCHE	<p>Incontinencia urinaria y/o fecal continua en pacientes mayores de 4 años</p> <p><i>Un máximo de 4 absorbentes por persona al día, siendo como máximo uno de ellos de tipo Supernoche.</i></p>

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
<b>FÓRMULAS MAGISTRALES QUE REQUIEREN VISADO</b>			

A07EB01	140505	*CROMOGLICATO SODIO 100 MG 100 CÁPSULAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de Mastocitosis</li> </ul>
	140532	EMULSIÓN FOTOPROTECTORA 100 G 1 ENVASE (TIOVEIL 15%, PARSON 1789 3%, PARSON MCX 5%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de Lupus eritrematoso</li> </ul>
L04AD02	140553	*TACROLIMUS 2 MG 24 SUPOSITORIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de pacientes con proctitis (rectitis) ulcerosa refractaria a corticoides</li> </ul> <p><i>Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en digestivo o medicina interna Se visarán exclusivamente prescripciones electrónicas o recetas impresas en papel de prescripciones electrónicas.</i></p>