EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

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: 2024/04/19
Actualizado: 19/04/2024

Donostia - San Sebastian, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno. 945 01 92 68 – Fax 945 01 92 00 – E-mail: farma3-san@euskadi.es

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 Ministerial 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;

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

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

SÍMBOLOS

*	**Presentación con aportación reducida** (10% P.V.P. I.V.A., hasta un máximo de 4,24 €)

PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS

Eguneratua: 2024/04/19
Actualizado: 19/04/2024

A

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA 92
ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO 39
ÁCIDO BEMPEDOICO (CPD)....25,26
ÁCIDO BEMPEDOICO/EZETIMIBA (CPD)....27
ACITRETINA (DH) 29
ALFACALCIDOL (DH) 7
ALITRETINOÍNA (DH)....30
ALPROSTADILO (DH) 38
ALPROSTADILO (CPD)....39
AMIKACINA (DH) 51
AMISULPRIDA (CPD-E) 74
ANAGRELIDA (DH) 54
APIXABAN (CPD)....16-19
APOMORFINA (DH) 70
ARIPIPRAZOL (CPD-E)....76,77
ASENAPINA MALEATO (CPD-E)....74
ATORVASTATINA 23
ATORVASTATINA+AMLODIPINO 27
ATORVASTATINA+EZETIMIBA 26
ATORVASTATINA/ACIDO ACETILSALICILICO/RAMIPRILO.... 28

B

BENZBROMARONA (DH) 63
BUSERELINA (CPD) 54,55
BOLSAS RECOGIDA ORINA PIERNA 92
BREXIPIPRAZOL....79
BUDESONIDA (DH)....3

C

CALCITONINA....45
CALCITRIOL (DH) 8
CAMARAS DE INHALACIÓN PEDIÁTRICAS (FR)....92
CANAGLIFLOZINA(CPD)....7
CANAGLIFLOZINA+METFORMINA (CPD) 4
CARBOMERO (FR)....87
CARIPRAZINA(CPD-E)....78,79
CARNITINA (CPD)....8, 9
CEFEPIMA (DH) 49,50
CEFOTAXIMA (DH)....46,47
CEFOXITINA (DH)....46
CEFTAZIDIMA (DH)....47,48
CEFTRIAXONA (DH)....48,49
CETRORELIX (DH) 44
CICLOFOSFAMIDA (DH) 52,53
CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO (CPD) 91
CICLOSPORINA (DH) 60,61
CILOSTAZOL (DH) 11,12
CLINDAMICINA (DH)....50
CLOPIDOGREL (CPD) 9,10
CLOPIDOGREL + ACIDO ACETILSALICILICO (CPD)....13
CODEINA (FR)....85
COLECTOR BOLSA RECOG ORINA FEMENINO 92
COLESEVELAM HIDROCLORURO (CPD)....24
COLINA HIDROCLORURO (DH) 91
CORIFOLITROPINA-ALFA (DH) 36
CORIOGONADOTROPINA ALFA (DH) 35,36

D

DABIGATRAN ETEXILATO (CPD) 13-15
DEFERASIROX (DH)....89,90
DEXTROMETORFANO (FR) 86
DIHIDROCODEINA (HIDROCODONA) (FR)....85
DIMEMORFANO (FR)....86
DIMETILFUMARATO (DH)....63
DONEPEZILO (DH)....79,80
DONEPEZILO + MEMANTINA (DH)....82
DRONEDARONA (DH) 21
DULAGLUTIDA (CPD)....6
DUTASTERIDA (CPD)....39

E

EDOXABAN (CPD)....19,20
EMPAGLIFOZINA+LINAGLIPTINA (CPD) 4
ESTRÓGENO CONJUGADOS + BAZEDOXIFENO (CPD)....30
ETONOGESTREL (DH)....30
ETOPOSIDO (DH)....53
EVEROLIMUS (DH) 62
EXENATIDA (CPD)....5
EXTRACTO POLEN PHLEUM PRATENSE (CPD) 88
EXTRACTO ALERGENICO DE POLVO DE ACAROS DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS/FARINAE (CPD)....88,89
EXTRACTO POLEN DACTYLIS GLOMERATA, ANTHOXANTHUM ODORATUM, LOLIUM PERENNE, POSA PRATENSIS, PHLEUM PRATENSE (CPD) 88

PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS

EZETIMIBA 25

F

FENTANILO (CPD) 64-69
FINASTERIDA (CPD) 39
FOLITROPINA DELTA (DH) 36
FOSFOMICINA SÓDICA (DH) 52
FLUVASTATINA 23

G

GALANTAMINA (DH) 81,82
GANCICLOVIR (DH) 86
GANIRELIX (DH) 43
GLUCAGON (CPD) 45
GONADOTROFINA CORIONICA (DH) 30,31
GOSERELINA (CPD) 57
GRANISETRON 1
GUANFACINA (DH) 22

H

HEXAMINOLEVULÍNICO (DH) 91
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE ALFA (DH) 33,34
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE BETA (DH) 35
HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE/HORMONA LUTEINIZANTE (DH) 31,32

I

ICOSAPENTO DE ETILO (CPD) 25
INSULINA DEGLUDEC (CPD) 4
INTERFERON GAMMA-1b HUMANO RECOMBINANTE (DH) 59
ISOTRETINOINA (DH) 29
ISPAGHULA (SEMILLAS DE PSYLLIUM) (FR) 1

L

LACTITOL (FR) 2
LACTULOSA (FR) 2
LAGRIMAS ARTIFICIALES (FR) 86,87
LANREOTIDA ACETATO (DH) 42,43
LASMIDITAN 69
LEFLUNOMIDA (DH) 62
LEUPRORELINA (CPD) 55,56
LEVODOPA (CPD) 69,70
LIDOCAINA (CPD) 64
LINACLOTIDA (CPD) 3
LINCOMICINA (DH) 51
LIRAGLUTIDA (CPD) 5
LISDEXANFETAMINA (DH) 79
LIXISENATIDA (CPD) 6
LOVASTATINA 22
LURASIDONA (CPD-E) 71,72
LUTROPINA ALFA (DH) 35
LUTROPINA ALFA+FOLITTROPINA ALFA (DH) 37

M

MEMANTINA (DH) 82,83
MEGLUMINA ANTIMONIATO (DH) 85
METILNALTREXONA BROMURO (FR) 2
METILPREDNISOLONA (DH) 45
MICOFENOLATO MOFETILO (DH) 59,60
MITOTANO (DH) 54

N

NALDEMEDINA (FR) 2
NAFARELINA (CPD) 40
NAFTIDROFURIL (FR) 22
NALMEFENO (CPD) 84
NALOXEGOL (FR) 2
NALOXONA+BUPRENORFINA (DH) 83,84
NOSCAPINA (FR) 86

O

OCTREOTIDA (DH) 40-42
OLANZAPINA (CPD-E) 72,73
OMEGA 3 – TRIGLICERIDOS (FR) 24
ONDANSETRON (DH) 1

PRINTZIPIO AKTIBOEN AURKIBIDEA/ÍNDICE DE PRINCIPIOS ACTIVOS

P

PALIPERIDONA (CPD-E) 77,78
PANCREATINA (DH) 4
PARICALCITOL (DH) 46
PASIREOTIDA (DH) 43
PATIROMERO CALCICO (CPD) 90
PEGVISOMANT (DH) 40
PIROXICAM (DH) 63
PITAVASTATINA 24
POLIVINILICO ALCOHOL (FR) 87
PRASUGREL (CPD) 11
PRAVASTATINA 22
PRAVASTATINA+FENOFIBRATO 26

Q

QUETIAPINA (CPD-E) 73,74

R

RELUGOLIX, ESTRADIOL Y NORESTISTERONA (CPD) 44
RISPERIDONA (CPD-E) 74-76
RIVAROXABAN (CPD) 15,16
RIVASTIGMINA (DH) 80,81
ROMOSOZUMAB (DH) 64
ROSUVASTATINA (CPD) 23
ROSUVASTATINA 23
ROSUVASTATINA + ACIDO ACETILSALICÍLICO 27
ROSUVASTATINA + AMLODIPINO 28
ROSUVASTATINA + EZETIMIBA 27
RUFINAMIDA (DH) 69

S

SEMAGLUTIDA (CPD) 7
SIROLIMUS (DH) 61,62
SOMATORELINA (DH) 90,91
SONDA VESICAL 92
SIMVASTATINA 22
SIMVASTATINA+EZETIMIBA 26
SULODEXIDA (CPD) 9

T

TACROLIMUS (DH) 61
TEST DE UREA (CPD) 91
TICAGRELOR (CPD) 12
TICLOPIDINA (DH) 10,11
TIRBANIBULINA (CPD) 29
TOLCAPONA (DH) 70,71
TRETINOÍNA (DH) 53
TRIPTORELINA (CPD) 57
TRIPTORELINA (DH) 57,58

U

UROFOLITROPINA (DH) 32
ULIPRISTAL (CPD) 37,38

V

VANCOMICINA (DH) 51,52
VERICIGUAT (CPD) 21

Z

ZIPRASIDONA (CPD-E) 71

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

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA 94
DEXTROMETORFANO (FR) 94

FORMULAS MAGISTRALES QUE REQUIEREN VISADO

*CROMOGLICATO SODIO 100 MG 100 CÁPSULAS 95
EMULSIÓN FOTOPROTECTORA 100 G 1 ENVASE (TIOVEIL 15%, PARSOL 1789 3%, PARSOL MCX 5%) 95

RIBOFLAVINA.....95
*TACROLIMUS 2 MG 24 SUPOSITORIOS 96

VACUNAS QUE REQUIEREN VISADO

UROMUNE.....96

URITAI.....96

Actualizado: 19/04/2024

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A04AA01	ONDANSETRON DH	*ONDANSETRON 4 MG COMPRIMIDOS *ONDANSETRON 8 MG 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	▪ *Adultos:* Control náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas y para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios. ▪ *Población pediátrica:* Control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) en niños mayor o igual a 6 meses, y para la prevención y tratamiento de NVPO en niños mayor o igual a 1 mes. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
A04AA02	GRANISETRON DH	*KYTRIL 1 MG 10 COMP	▪ Prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos, tanto agudos como diferidos, asociados con el tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
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	▪ Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*

Actualizado: 19/04/2024

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
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	▪ Encefalopatía portosistémica y paraplejia. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
A06AD12	LACTITOL FR	OPONAF 10 G/SOBRE 20 SOBRES OPONAF 10 G/SOBRE 50 SOBRES	▪ Encefalopatía portosistémica y paraplejia. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
A06AH01	METILNALTREXONA BROMURO FR	RELISTOR 12 MG/0,6 ML 1 VIAL SOL INYECTABLE RELISTOR 12 MG/0,6 ML 7 VIAL+7 JERIN + 14 TORUND	▪ Pacientes oncológicos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
A06AH03	NALOXEGOL FR	*MOVENTIG 12,5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS *MOVENTIG 25 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS	▪ Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
A06AH05	NALDEMEDINA FR	*RIZMOIC 200 MCG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.
A06AX04	LINACLOTIDA CPD	CONSTELLA 290 MICROGRAMOS CAPSULAS DURAS FRASCO	▪ Tratamiento sintomático del sindrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) de caracter grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de eleccion del SII-E disponibles o que sean intolerantes a los mismos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*
A07EA06	BUDESONIDA DH	*JORVEZA 0,5 MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *JORVEZA 1 MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	▪ Tratamiento de la Esofagitis eosinofilica EEo en adultos (mayores de 18 años), no respondedores o refractarios a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras, al menos, 8 semanas de tratamiento con los mismos y dieta de eliminación, y (una o ambas de las siguientes condiciones): a) Fenotipo fibro-estenosante: presencia de estenosis y anillos esofágicos demostrados por endoscopia. y/o b) Pacientes con afectación moderada-grave: disfagia intensa y/o malnutrición, y/o impactación esofágica recurrente de alimentos, y/o estenosis esofágica de alto grado, y/o recaída sintomática/histológica rápida después de la terapia inicial, y/o perforación esofágica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en digestivo y medicina interna.*

Actualizado: 19/04/2024

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A09AA02	PANCREATINA DH	*KREON 10.000 100 CAPSULAS *KREON 10.000 250 CAPSULAS *KREON 5.000 U GRANULADO GASTRORRESISTENTE, 1 FRASCO DE 20 G *KREON 25.000 50 CAPSULAS *KREON 25.000 100 CAPSULAS	▪ Tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
A10AE06	INSULINA DEGLUDEC CPD	* TRESIBA 100 U/ML SOLUCION INYECTABLE , 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3 ML *TRESIBA 200 UNIDADES/ML SOLUCION INYECTABLE 3 PLUMAS PRECARGADAS DE 3 ML	▪ Tratamiento de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 adultos, adolescentes y niños a partir de 1 año, 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.*
A10BD16	CANAGLIFLOZINA+METFORMINA CPD	*VOKANAMET 150/1000 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS * VOKANAMET 150/850 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 50/850 mg o 50/1000 mg de canagliflozina/metformina no alcanzan el control glucémico. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.*
A10BD19	EMPAGLIFLOZINA+LINAGLIPTINA CPD	*GLYXAMBI 25 MG/5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *GLYXAMBI 10 MG/5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Pacientes en tratamiento con Linagliptina y Empagliflozina por separado despues de haber comprobado que responden adecuadamente a los dos antidiabeticos sin asociar, es decir en aquellos en los que el tratamiento esta estabilizado y es efectivo.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.
A10BJ01	EXENATIDA CPD	*BYETTA 5 MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE *BYETTA 10 MCG 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	▪ 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. ▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*
A10BJ02	LIRAGLUTIDA CPD	*VICTOZA 6 MG/ML 2 PLUMAS PRECAR 3 ML SOLUCION INYECTABLE	▪ Pacientes con sobrepeso con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m2 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.
A10BJ03	LIXISENATIDA CPD	*LYXUMIA 20 MICROGAMOS SOLUCION INYECTABLE, 2 PLUMAS PRECARGADAS DE 14 DOSIS	▪ 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/m2. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*
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	▪ 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/m2. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*

Actualizado: 19/04/2024

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A10BJ06	SEMAGLUTIDA 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	▪ 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/m2. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*
A10BK02	CANAGLIFLOZINA CPD	*INVOKANA 300 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 30 COMPRIMIDOS	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna, médico de atención primaria o geriátrica.*
A11CC03	ALFACALCIDOL DH	*ETALPHA 2 MCG/ML 10 ML GOTAS ORALES *ETALPHA 0,25 MICROGRAMOS 30 CAPSULAS BLANDAS *ETALPHA 0,5 MICROGRAMOS 30 CAPSULAS BLANDAS	▪ Alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una producción reducida de 1,25-dihidroxivitamina D_3 sometidos a hemodiálisis a largo plazo.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
A11CC04	CALCITRIOL DH	ROCALTROL 0,25 MCG 20 CAPSULAS ROCALTROL 0,5 MCG 20 CAPSULAS	▪ Enfermedades relacionadas con la incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
A16AA01	CARNITINA CPD	*CARNICOR 1 G 10 VIALES BEBIBLES 10 ML *CARNICOR 30% 40 ML SOLUCION *SECABIOL 30% 40 ML SOLUCION	▪ Déficits primarios y secundarios de L-carnitina. ▪ Tratamiento de la encefalopatia hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valpróico. ▪ Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valpróico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
		*CARNICOR 1 G 10 AMPOLLAS 5 ML	▪ Déficits primarios y secundarios de L-carnitina. ▪ Tratamiento de la encefalopatia hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valpróico. ▪ Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valpróico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Tratamiento de la deficiencia secundaria de L-carnitina en pacientes sometidos a hemodiálisis de largo plazo. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
B01AB11	SULODEXIDA CPD	* ATERINA 15 MG 60 CAPSULAS BLANDAS * DOVIDA 30 MG 30 CAPSULAS BLANDAS	▪ Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica exclusivamente para pacientes en estadíos 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
B01AC04	CLOPIDOGREL CPD	CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDOS ISCOVER 75 MG 28 COMPRIMIDOS PLAVIX 75 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Prevención de eventos aterotrombóticos en: ✓ Pacientes que han sufrido infarto de miocardio, infarto cerebral o arteriopatía periférica establecida. ✓ Pacientes que presentan síndrome coronario agudo: - 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. - Infarto de miocardio agudo con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes tratados médicamente de elección para terapia trombolítica.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
B01AC05	TICLOPIDINA DH	TICLOPIDINA 250 MG 50 COMP RECUBIERTOS	▪ Prevención de las complicaciones trombóticas después de haber sufrido un primer accidente vascular cerebral de origen arterosclerótico: - En pacientes que hayan sufrido un accidente isquémico transitorio, ceguera monocular transitoria (amaurosis fugaz), déficit neurológico isquémico reversible o ictus menor. - En pacientes que hayan tenido un ictus establecido. ▪ 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. ▪ Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos: - Cirugía con circulación extracorpórea. - Hemodiálisis crónica.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulino-dependientes con retinopatía inicial. ▪ Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios: - En cirugía de derivación aortocoronaria. - En angioplastia coronaria transluminal percutánea con colocación de prótesis endovascular (STENT). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
B01AC22	PRASUGREL CPD	PRASUGREL 5 MG 28 COMPRIMIDOS PRASUGREL 10 MG 28 COMPRIMIDOS EFIENT 5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG EFIENT 10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA	▪ Co-administrado con ácido acetilsalicílico, está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo o infarto de miocardio con elevación del segmento ST sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
B01AC23	CILOSTAZOL DH	CILOSTAZOL 50 MG COMPRIMIDOS CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDOS EKISTOL 100 MG 56 COMPRIMIDOS EKISTOL 50 MG 56 COMPRIMIDOS	▪ 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. ▪ Se debe evaluar el beneficio a los tres meses de instaurar el tratamiento, suspendiendo el mismo si no se observa un beneficio clínicamente relevante. ▪ En determinados grupos de pacientes como es el caso de aquellos que también utilizan inhibidores potentes del

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			CYP3A4 o CYP2C19 es aconsejable reducir la dosis de cilostazol a 50 mg dos veces al día. ▪ Para la mejora de la distancia máxima recorrida y distancia recorrida sin dolor que pueden cubrir los pacientes con claudicación intermitente, que no sufren dolor en reposo y que no presentan indicios de necrosis tisular periférica (arteriopatía periférica de Fontaine en estadio II). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
B01AC24	TICAGRELOR CPD	BRILIQUE 60 MG 60 COMP RECUB PELICU BRILIQUE 90 MG 56 COMP RECUB PELICU	▪ 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). Uso restringido en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad mayor o igual a 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.
B01AC30	CLOPIDOGREL + ACIDO ACETILSALICILICO CPD	CLOPIDOGREL/ACIDO ACETILSALICILICO 75 MG/75 MG COMPRIMIDOS DUOPLAVIN 75/100 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ 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: ✓ 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. ✓ Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO CPD	*DABIGATRAN ETEXILATO 75 MG CAPSULAS DURAS *DABIGATRAN ETEXILATO 110 MG CAPSULAS DURAS *PRADAXA 75 MG CAPSULAS DURAS *PRADAXA 110 MG CAPSULAS DURAS *PRIVENAX 75 MG CAPSULAS DURAS *PRIVENAX 110 MG CAPSULAS DURAS	▪ Prevención de episodios tromboembólicos en cirugía programada de reemplazo completo de: – Rodilla – Cadera *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO CPD	*DABIGATRAN ETEXILATO 110 MG CAPSULAS DURAS *DABIGATRAN ETEXILATO 150 MG CAPSULAS DURAS *PRADAXA 110 MG CAPSULAS DURAS *PRADAXA 150 MG CAPSULAS DURAS *PRIVENAX 110 MG CAPSULAS DURAS *PRIVENAX 150 MG CAPSULAS DURAS	▪ 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 ≥ Clase 2 escala NYHA; edad ≥ 75 años; diabetes mellitus; hipertensión. Criterios de inclusión: ✓ Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol. ✓ Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico. ✓ Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. ✓ Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. ✓ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			los últimos 6 meses excluyendo el primer mes de tratamiento para el ajuste inicial de la dosis. ✓ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente. ▪ Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, hematología, neurología, nefrología, neumología, médico de atención primaria o geriátrica.*
B01AF01	RIVAROXABAN CPD	*XARELTO 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.*
		*XARELTO 15 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *XARELTO 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ 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 congestiva; edad ≥ 75 años; diabetes mellitus; hipertensión. Criterios de inclusión: ✓ Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			✓ Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico. ✓ Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. ✓ Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. ✓ 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 excluyendo el primer mes de tratamiento para el ajuste inicial de la dosis. ✓ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, traumatología, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AF02	APIXABAN CPD	*ELIQUIS 2,5 MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (10 COMPRIMIDOS/ BLISTER) *ELIQUIS 2,5 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (10 COMPRIMIDOS/ BLISTER)	▪ Prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes adultos sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla. ▪ Prevencion del ictus y de la embolia sistemica en pacientes adultos con fibrilacion auricular no valvular (FANV) con uno o mas factores de riesgo tales como ictus o ataque isquemico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomatica (mayor o igual clase 2 escala NYHA). Criterios de inclusión: ✓ Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol. ✓ Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico. ✓ Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. ✓ Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. ✓ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			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 excluyendo el primer mes de tratamiento para el ajuste inicial de la dosis. ✓ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en traumatología.*
B01AF02	APIXABAN CPD	*ELIQUIS 5 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Prevencion del ictus y de la embolia sistemica en pacientes adultos con fibrilacion auricular no valvular (FANV) con uno o mas factores de riesgo tales como ictus o ataque isquemico transitorio (AIT) previos; edad mayor o igual 75 años; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia cardíaca sintomatica (mayor o igual clase 2 escala NYHA). Criterios de inclusión: ✓ Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			✓ Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico. ✓ Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. ✓ Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. ✓ 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 excluyendo el primer mes de tratamiento para el ajuste inicial de la dosis. ✓ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
B01AF03	EDOXABAN CPD	* LIXIANA 15 MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA * LIXIANA 30 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA * LIXIANA 60 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Prevencion del ictus y de la embolia sistemica en pacientes adultos con fibrilacion auricular no valvular (FANV) con uno o mas factores de riesgo tales como insuficiencia cardíaca congestiva, hipertension, edad mayor o igual a 75 años, diabetes mellitus, ictus o ataque isquemico transitorio (AIT) previos. Criterios de inclusión: ✓ Paciente con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso de warfarina o acenocumarol. ✓ Paciente con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) en los que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico. ✓ Paciente con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/o microsangrados corticales múltiples. ✓ Paciente con tratamiento con un antagonista de la vitamina K que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control de INR. ✓ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			rango terapéutico sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses excluyendo el primer mes de tratamiento para el ajuste inicial de la dosis. ✓ Imposibilidad de acceso al control del INR del paciente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología, medicina interna, traumatología, hematología, neurología, nefrología, médico de atención primaria o geriátrica.*
C01BD07	DRONEDARONA DH	*DRONEDARONA 400 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *MULTAQ 400 MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ 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 cardíaca. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en cardiología y medicina interna.*
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	▪ Insuficiencia cardíaca 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*
C02AC02	GUANFACINA DH	*INTUNIV 1 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 4 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 3 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INTUNIV 2 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología o neuropediatría.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra, neurólogo o neuropediatra.*
C04AX21	NAFTIDROFURIL FR	PRAXILENE 100 MG 50 CAPSULAS	▪ Claudicación intermitente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
C10AA01	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS SIMVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS SIMVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA02	LOVASTATINA	LOVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS LOVASTATINA 40 MG 30 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		LOVASTATINA 20 MG 30 COMPRIMIDOS LOVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS	*Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA03	PRAVASTATINA	PRAVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS PRAVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS PRAVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA04	FLUVASTATINA	FLUVASTATINA 80 MG 28 COMP LIBERACION PROLO FLUVASTATINA 20 MG 28 CAPSULAS FLUVASTATINA 40 MG 28 CAPSULAS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA05	ATORVASTATINA	ATORVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA 80 MG 28 COMPRIMIDOS ATORIS 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ZARATOR 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ZARATOR 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ZARATOR 40 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ZARATOR 80 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA07	ROSUVASTATINA CPD	ROSUVASTATINA 30 MG COMPRIMIDOS ALZIL 30 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA ARROX 30 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ 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 llevara a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervision del especialista.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.
C10AA07	ROSUVASTATINA	ROSUVASTATINA 5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERT ROSUVASTATINA 10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIER ROSUVASTATINA 15 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIER ROSUVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIER ALZIL 15 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA CRESTOR 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AA08	PITAVASTATINA	PITAVASTATINA 2 MG 28 COMPRIMIDOS PITAVASTATINA 4 MG 28 COMPRIMIDOS PITAVASTATINA 1 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AC04	COLESEVELAM HIDROCLORURO CPD	CHOLESTAGEL 625 MG 180 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ En combinación con un inhibidor de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A (HGM-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. ▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Se puede utilizar junto con ezetimiba, con o sin estatina, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria incluyendo a los pacientes con hipercolesterolemia familiar. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, médico de atención primaria o geriátrica.*
C10AX06	OMEGA-3-TRIGLICERIDOS FR	ACIDOS OMEGA 3 1000 MG CAPSULAS OMACOR 1000 MG CAPSULAS BLANDAS	▪ Pacientes con hipertrigliceridemia grave (≥500 mg/dl) en los que los fibratos están contraindicados. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
C10AX50	ICOSAPENTO DE ETILO CPD	VAZKEPA 998 MG 120 CAPSULAS BLANDAS	▪ Reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica* y con un riesgo alto de eventos cardiovasculares, con tratamiento optimizado y valores de C-LDL de entre > 40 mg/dL y ≤ 100 mg/dL y en los que los valores de TG persisten elevados (> 150 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas +/- otros hipolipemiantes a dosis máximas toleradas. * Enfermedad arteriosclerótica: 1. Síndrome coronario agudo (como infarto de miocardio o angina inestable) necesitando hospitalización), o 2. Procedimientos de revascularización coronaria u otras arterias, 3. Enfermedad coronaria crónica, o 4. ACV isquémico, o 5. Enfermedad arterial periférica

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.
C10AX09	EZETIMIBA	EZETIMIBA 10 MG 28 COMPRIMIDOS EZETROL 10 MG COMPRIMIDOS, 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10AX15	ÁCIDO BEMPEDOICO CPD	NILEMDO 180 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.* ▪ Pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
C10BA02	SIMVASTATINA + EZETIMIBA	EZETIMIBA/SIMVASTATINA 10/20 MG 28 COMPRIMI EZETIMIBA/SIMVASTATINA 10/40 MG 28 COMPRIMI VYTORIN 10/20 MG 28 COMPRIMIDOS VYTORIN 10/40 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
C10BA03	PRAVASTATINA + FENOFIBRATO	PRAVASTATINA/FENOFIBRATO 40/160 MG 30 CAPS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BA05	ATORVASTATINA + EZETIMIBA	ATORVASTATINA/EZETIMIBA 20/10 MG 30 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA/EZETIMIBA 40/10 MG 30 COMPRIMIDOS ATORVASTATINA/EZETIMIBA 80/10 MG 30 COMPRIMIDOS ATOZET 10/20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ATOZET 10/40 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS ATOZET 10 /80 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BA06	ROSUVASTATINA + EZETIMIBA	ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 10/10 MG 30 CAPS ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 20/10 MG 30 CAPS ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 10/10 MG 30 COMP ROSUVASTATINA/EZETIMIBA 20/10 MG 30 COMP	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BA10	ÁCIDO BEMPEDOICO + EZETIMIBA CPD	NUSTENDI 180/10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.* ▪ Pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
C10BX03	ATORVASTATINA + AMLODIPINO	AMLODIPINO/ATORVASTATINA 10 MG/10 MG 28 COMP	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BX05	ROSUVASTATINA + ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ROASAX 5 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS ROASAX 10 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS ROASAX 20 MG/100 MG 30 CAPSULAS DURAS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BX06	ATORVASTATINA + RAMIPRILO + ÁCIDO ACETILSALICILICO	AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/20/10 MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/20/2,5 MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA/RAMIPRIL 100/20/5 MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/2,5 MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/5 MG 28 COMPRIMIDOS AC ACETILSALICILICO / ATORVASTATINA / RAMIPRIL 100/40/10 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
C10BX09	ROSUVASTATINA + AMLODIPINO	ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 10/5 MG 30 CAPSULAS DURAS ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 10/10 MG 30 CAPSULAS	▪ Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 20/5 MG 30 CAPSULAS DURAS ROSUVASTATINA/AMLODIPINO 20/10 MG 30 CAPSULAS DURAS	*Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología y medicina interna.*
D05BB02	ACITRETINA DH	*ACITRETINA 10 MG 30 CAPSULAS DURAS *ACITRETINA 25 MG 30 CAPSULAS DURAS	▪ Psoriasis, ictiosis y liquen rojo. Otras formas graves y refractarias de dermatitis caracterizadas por disqueratosis y/o hiperqueratosis. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.*
		*NEOTIGASON 10 MG 30 CAPSULAS *NEOTIGASON 25 MG 30 CAPSULAS	▪ Psoriasis, ictiosis y enfermedad de Darier. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo*
D06BX03	TIRBANIBULINA CPD	KLISYRI 10 MG/G POMADA, 5 SOBRES DE 250 MG	▪ Queratosis actínica múltiples o que requieren tratamiento del campo de cancerización, no candidatos por contraindicación, intolerancia o falta de eficacia a la terapia fotodinamica o al resto de tratamiento tópicos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
D10BA01	ISOTRETINOINA DH	ISOTRETINOINA 10 MG 50 CAPSULAS BLANDAS ISOTRETINOINA 20 MG 50 CAPSULAS BLANDAS ISOTRETINOINA 30 MG 50 CAPSULAS BLANDAS	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.*
D11AH04	ALITRETINOÍNA DH	ALITRETINOINA 10 MG CAPSULAS ALITRETINOINA 30 MG CAPSULAS TOCTINO 10 MG CAPSULAS TOCTINO 30 MG CAPSULAS	▪ Indicado en adultos con eczema crónico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides tópicos potentes. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en dermatología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el dermatólogo.*
G03AC08	ETONOGESTREL DH	IMPLANON NXT 68 MG 1 IMPLANTE CON APLICADOR	▪ Anticoncepción en mujeres entre 18 y 40 años de edad. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Ginecología.*
G03CC07	ESTROGENOS CONJUGADOS + BAZEDOXIFENO CPD	*DUAVIVE 0,45 MG/20 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION MODIFICADA	▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
G03GA01	GONADOTROFINA CORIONICA DH	*GONASI KIT 5.000 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA CON DISOLVENTE	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA02	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE /HORMONA LUTEINIZANTE DH	*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	▪ Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovárica hipo o normogonadotrópica: estimulación del crecimiento folicular. ▪ Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis. ▪ 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)). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.
		*MERIOFERT KIT 75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL *MERIOFERT KIT 75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES *MERIOFERT KIT 150 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 1 VIAL *MERIOFERT KIT 150 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 10 VIALES *MERIOFERT KIT 900 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUC	▪ 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. ▪ Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA04	UROFOLITROPINA DH	*FOSTIPUR 75 UI/ML 1 VIAL Y 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *FOSTIPUR 75 UI/ML 10 VIALES Y 10 AMPOLLAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *FOSTIPUR 150 UI/ML 1 VIAL Y 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE *FOSTIPUR 150 UI/ML 10 VIALES Y 10 AMPOLLAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECTABLE	▪ 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. ▪ Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida(TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de zigotos (TIZ). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
G03GA05	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE ALFA DH	*BEMFOLA 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 75 UI/0,125 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 450 UI/0,75 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE *BEMFOLA 300 UI/0,50 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 75 UI/0,125 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 225 UI/0,375 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 225 UI/0,375 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 225 UI/0,375 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE *BEMFOLA 300 UI/0,50 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA *BEMFOLA 300 UI/0,50 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 5 PLUMAS PRECARGADAS POR ENVASE	▪ 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. ▪ 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). ▪ Administrado de forma concomitante con gonadotropina coriónica humana (Hcg) en la estimulación de la espermatogenesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido. ▪ 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 <1,2 UI/l. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*GONAL-F 1050 UI/1,75 ML (77 MCG/1,75 ML) 1 VIAL + 1 JER PREC SOL INY *GONAL-F 300 UI/0,5 ML 1 PLUMA PRECARGADA + 5 AGUJAS SOL INY *GONAL-F 450 UI/0,75 ML 1 PLUMA PRECARGADA + 7 AGUJAS SOL INY *GONAL-F 75 UI (5,5 MCG)/VIAL 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCIÓN INYECT. *GONAL-F 75 UI (5,5 MCG)/VIAL 10 VIALES + 10 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCIÓN INYECT * GONAL-F 150 UI/0,25 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 1 PLUMA PRECARGADA + 4 AGUJAS *GONAL-F 900 UI/1,5 ML (66 MCG/1,5 ML) SOL INYECT 1 PLUMA PREC + 14 AGUJAS * OVALEAP 300 UI / 0.5 ML SOLUCION INYECTABLE 300 IU/0,5 ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS PARA INYECCION * OVALEAP 450 UI / 0,75 ML SOLUCION INYECTABLE 450 IU/0,75 ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS PARA INYECCION * OVALEAP 900 UI / 1,5 ML SOLUCION INYECTABLE 900 UI / 1,5 ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS PARA INYECCION	▪ 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. ▪ 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). ▪ En el varón: Espermatogénesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrófico. ▪ Asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), está indicado para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficiencia grave de LH y FSH. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
G03GA06	HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE BETA DH	*PUREGON 100 UI/0,5 ML 10 VIALES SOLUCIÓN INYECTABLE *PUREGON 300 UI/0,36 ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE *PUREGON 600 UI/0,72 ML 1 CARTUCHO + 6 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE *PUREGON 900 UI/1,08 ML 1 CARTUCHO + 9 AGUJAS SOLUCIÓN INYECTABLE	▪ 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. ▪ 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), inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI). ▪ Espermatogénesis deficiente debida a hipogonadismo hipogonadotrófico. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA07	LUTROPINA ALFA DH	*LUVERIS 75 UI/VIAL 10 INYECTABLES 1 ML **LUVERIS 450UI SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 0,72 ML +12 AGUJAS (BAJA: I/2015)*	• Lutropina alfa, asociado a un preparado de hormona folículo estimulante (FSH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con déficit severo de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/L. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA08	CORIOGONADOTROPINA ALFA DH	*OVITRELLE 250 MCG 1 ENVASE CON 1 PLUMA PRECARGADA Y 1 AGUJA INYECCION SOLUCION INYECTABLE	▪ Mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida, tales como la fertilización in vitro (FIV): se administra para desencadenar la maduración

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			folicular final y la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular. ▪ 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. *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.*
G03GA10	FOLITROPINA DELTA DH	* REKOVELLE 12 MICROGRAMOS/0,36 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 0,36 ML + 3 AGUJAS *REKOVELLE 36 MICROGRAMOS/1,08 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 1,08 ML + 6 AGUJAS * REKOVELLE 72 MICROGRAMOS/2,16 ML PLUMA PRECARGADA 1 CARTUCHO DE 2,16 ML + 9 AGUJAS	▪ Estimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) tales como fecundación in vitro (FIV) o ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA09	CORIFOLITROPINA ALFA DH	*ELONVA 100 MICROGRAMOS SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML *ELONVA 150 MICROGRAMOS SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5 ML	▪ Tratamiento de varones adolescentes (14 años en adelante) con hipogonadismo hipogonadotrófico, en combinación con gonadotropina coriónica humana (hCG). ▪ Estimulación ovárica controlada en combinación con un antagonista de la GnRH para el desarrollo de folículos múltiples en técnicas de reproducción asistida (TRA).

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado. *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03GA91	LUTROPINA ALFA + FOLITROPINA ALFA DH	*PERGOVERIS 150 UI/75 UI 10 VIALES POLVO+10 VIALES DISOLVENTE *PERGOVERIS 150 UI/75 UI 1 VIAL POLVO+1 VIAL DISOLVENTE SOLUCIÓN INYECTABLE *PERGOVERIS 150 UI/75 UI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE , 3 VIALES + 3 VIALES DE DISOLVENTE * PERGOVERIS (450 UI + 225 UI)/0,72 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 0,72 ML + 7 AGUJAS * PERGOVERIS (300 UI + 150 UI)/0,48 ML SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 0,48 ML + 5 AGUJAS * PERGOVERIS (900 UI + 450 UI)/1,44 ML SOLUCION INYECTABLES EN PLUMA PRECARGADA, 1 PLUMA PRECARGADA DE 1,44 ML + 14 AGUJAS	▪ En mujeres con déficit severo de LH y FSH para la estimulación del desarrollo folicular. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
G03XB02	ULIPRISTAL CPD	*ESMYA 5 MG 28 COMPRIMIDOS	▪ 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 adecuadas o han fracasado.(Nota de seguridad AEMPS 12/4/21). De acuerdo con la posología la duración del tratamiento queda limitada a periodos de hasta 3 meses de duración cada uno.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Ginecología. Alerta de Seguridad de la AEMPS (12 de Abril de 2021) Esmya®: levantamiento de la suspensión de comercialización, con restricciones en sus indicaciones debido al riesgo de daño hepático 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/
G04BE01	ALPROSTADILO DH	CAVERJECT 20 MCG 1 VIAL CAVERJECT 10 MCG 1 VIAL	▪ Tratamiento de la disfunción eréctil. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Urología.*
		MUSE 500 MCG, 1 SOBRE (1 APLICADOR) MUSE 1000 MCG, 1 SOBRE (1 APLICADOR)	▪ Tratamiento de la disfunción eréctil. ▪ Coadyuvante de otras pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Urología.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
G04BE01	ALPROSTADILO CPD	VIRIREC 3 MG/G CREMA , 4 APLICADORES DE UN SOLO USO (APLICADOR POR BOLSA)	▪ Tratamiento de hombres mayores o igual a 18 años de edad con disfunción eréctil, con incapacidad para obtener o mantener una erección adecuada para una actividad sexual satisfactoria. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Urología.*
G04BX03	ÁCIDO ACETOHIDROXÁMICO	URONEFREX 125 MG 50 CAPSULAS URONEFREX 250 MG 50 CAPSULAS	▪ Exclusivamente urolitiasis provocadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (Proteus, Klebsiella, Pseudomonas), especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología o nefrología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por este especialista.*
G04CB01	FINASTERIDA CPD	FINASTERIDA 5 MG COMPRIMIDOS PROSCAR 5 MG 28 COMP	▪ Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología, médico de atención primaria o geriátrica.*
G04CB02	DUTASTERIDA CPD	DUTASTERIDA 0,5 MG CAPSULAS BLANDAS AVIDART 0,5 MG 30 CAPSULAS BLANDAS	▪ Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP). ▪ Reducción del riesgo de retensión aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología, médico de atención primaria o geriátrica.
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	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
H01CA02	NAFARELINA CPD	*SYNAREL 200 MCG/PULV SOLUCION PULVERIZACION NASAL 8 ML	▪ 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. *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.*
H01CB02	OCTREOTIDA DH	*OCTREOTIDA 0,05 MG/ML 5 AMPOLLAS 1 ML SOLUCION INYECTABLE *OCTREOTIDA 0,1 MG/ML 1 VIAL SOLUCION INYECTABLE	▪ Acromegalia: – Para el control sintomático y reducción de los niveles plasmáticos de hormona del crecimiento y somatomedina-C

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*OCTREOTIDA 1 MG/5 ML (0,2 MG/ML) 5 AMPOLLAS 1 ML SOLUCION INYECTABLE *OCTREOTIDA 0,5 MG/ML 5 AMPOLLAS SOLUCION INYECTABLE *SANDOSTATIN 50 MCG/ML 5 AMP 1 ML *SANDOSTATIN 100 MG/ML 5 AMP 1 ML	en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. – Pacientes acromegálicos que presentan malas condiciones físicas o se muestran poco dispuestos a sufrir una intervención quirúrgica, o en el período intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva. ▪ Tumores gastroenteropancreáticos: Para la mejoría de los síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos: – Tumores carcinoides. – VIPomas – Otros tumores gastroenteropancreáticos: glucagonomas, gastrinomas, insulinomas, GRFomas. ▪ Prevención de las complicaciones surgidas tras la cirugía pancreática. ▪ Varices gastro-esofágicas sangrantes. – 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
		*SANDOSTATIN LAR 10 MG 1 VIAL *SANDOSTATIN LAR 20 MG 1 VIAL *SANDOSTATIN LAR 30 MG 1 VIAL	▪ Indicado en el tratamiento de la acromegalia en: – Pacientes en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz, o durante el periodo que transcurre hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide. ▪ Tratamiento de pacientes con tumores neourendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal. ▪ Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia; en pacientes para los que la cirugía no es adecuada; en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe*.
H01CB03	LANREOTIDA ACETATO DH	*SOMATULINA AUTOGEL 60 MG, sol iny- 1 jer precarg *SOMATULINA AUTOGEL 90 MG, sol iny- 1 jer precarg *SOMATULINA AUTOGEL 120 MG, 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	▪ Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz. ▪ Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a los tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas). ▪ Tratamiento de pacientes adultos con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEs-GEP) de grado 1 y un subgrupo de grado 2 (índice Ki67 hasta10%) de intestino medio, páncreas o de origen desconocido donde se han excluido los de origen de intestino posterior,

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			y que presentan enfermedad localmente avanzada irresecable o metastásica. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
H01CB05	PASIREOTIDA DH	*SIGNIFOR 20 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA *SIGNIFOR 40 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA *SIGNIFOR 60 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JERINGA PRECARGADA	▪ Tratamiento de pacientes adultos con acromegalia 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 (octeotrida y lanreotida). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
H01CC01	GANIRELIX DH	*ASTARTE 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE, 1 JERINGA PRECARGADA EFG *ASTARTE 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE, 5 JERINGAS PRECARGADA EFG *FYREMADEL 0,25 MG / 0,5 ML SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA EFG , 1 JERINGA DE 0,5 ML * 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 SOLUCION INYECTABLE *ORGALUTRAN 0.25MG/0.5ML SOL INY 5 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE * GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE 1 JERINGA PRECARGA	▪ Prevención de picos prematuros de hormona luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida (TRA). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		* GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25 MG/0,5 ML SOLUCION INYECTABLE 6 JERINGA PRECARGA	
H01CC02	CETRORELIX DH	*CETROTIDE 0,25 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PREC *CETROTIDE 0,25 MG/VIAL 7 VIALES + 7 JER PREC	▪ Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida por extracción de ovocitos y técnicas de reproducción asistida. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
H01CC54	RELUGOLIX, ESTRADIOL Y NORESTISTERONA CPD	RYEQO 40 MG/1 MG/0,5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva. Con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas y sin historial de problemas cardiovasculares o tromboembólicos o en las que no sea adecuada la cirugía radical (histerectomía) y que no deseen concebir durante el tratamiento. Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Ginecología.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
H02AB04	METILPREDNISOLONA DH	URBASON 40 MG 20 COMP	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
H04AA01	GLUCAGON CPD	*BAQSIMI 3 MG POLVO NASAL 1 ENVASE UNIDOSIS	▪ 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 consciencia. A efectos de la autorización del visado se tomarán en consideración los episodios previos de pérdida de consciencia por hipoglucemias. Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la 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 consciencia. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología, medicina interna y pediatría hospitalaria.*
H05BA01	CALCITONINA	CALCITONINA ALMIRALL 100 UI SOLUCION INYECTABLE CALCITONINA HUBBER 100 UI SOLUCION INYECTABLE	▪ Tratamiento de la enfermedad de Paget. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en endocrinología o medicina interna.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
H05BX02	PARICALCITOL DH	PARICALCITOL 1 MICROGRAMO 28 CAPSULAS BLANDAS *ZEMPLAR 1MCG 28 CÁPSULAS BLANDAS*	▪ Prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadíos 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadío 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis o diálisis peritoneal. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01DC01	CEFOXITINA DH	CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10 ML EFG	▪ En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles: -infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía y abcesos pulmonares. -infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo cistitis aguas no complicadas, uretritis o cervicitis gonocócia no complicada. ▪ En profilaxis quirúrgica, la administración perioperatoria de cefoxitina puede reducir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugía limpia (histerectomía vaginal y/o abdominal, cesárea) o en cirugía contaminada (colorrectal, apendicectomía). Sin embargo, cefoxitina no es el antibiótico de elección en la cirugía contaminada. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01DD01	CEFOTAXIMA DH	CEFOTAXIMA IM 1G/VIAL 1 INYEC 4 ML CEFOTAXIMA IV 1G/VIAL 1 INYEC 4 ML	▪ Tratamiento de las siguientes infecciones causadas por gérmenes sensibles: – Infecciones otorrinolaringológicas. – Infecciones de vía respiratoria inferior, incluyendo exacerbación de bronquitis crónica, neumonía

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			bacteriana, bronquiectasias infectadas, y abcesos pulmonares. – Infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo enfermedad gonocócica no complicada, celulitis pélvica, endometritis, prostatitis y anexitis. – Septicemia. – Endocarditis infecciosa. – Infecciones del Sistema Nervioso Central (meningitis, fundamentalmente aquellas causadas por germenes Gram-negativos). – Infecciones de piel y tejidos blandos, incluyendo quemaduras y heridas infectadas. – Infecciones osteoarticulares, tales como osteomielitis y artritis séptica. – Infecciones de la cavidad abdominal (peritonitis, infecciones del tracto biliar). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
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	▪ Infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma). Tratamiento de las infecciones que se enumeran a continuación en adultos y niños, lo que incluye a neonatos (desde el nacimiento): – Neumonía nosocomial. – Infecciones broncopulmonares en la fibrosis quística. – Meningitis bacteriana. – Otitis media supurativa crónica. – Otitis externa maligna. – Infecciones complicadas del tracto urinario.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			– Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos. – Infecciones intrabdominales complicadas. – Infecciones óseas y articulares. – Peritonitis asociada a la diálisis en pacientes con DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria continua). – Tratamiento de pacientes que padezcan una bacteriemia que se produzca simultáneamente o de la que se tenga la sospecha de que está relacionada con alguna de las infecciones enumeradas anteriormente. ▪ Ceftazidima puede usarse en el tratamiento de pacientes neutropénicos que padezcan una fiebre de la que se tenga la sospecha de que se debe a una infección bacteriana. ▪ Ceftazidima puede usarse en la profilaxis perioperatoria de infecciones urinarias en pacientes sometidos a una resección transuretral de la próstata (RTUP). ▪ La selección de ceftazidima debe tener en cuenta su espectro antibacteriano, que está principalmente restringido a bacterias aerobias Gram negativas. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
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	▪ Infecciones causadas por gérmenes sensibles tales como: – Septicemia. – Meningitis bacteriana. – Infecciones abdominales tales como peritonitis e infecciones del tracto biliar. – Infecciones osteoarticulares. – Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			– -Infecciones complicadas del tracto urinario (incluyendo pielonefritis). – Infecciones del tracto respiratorio. – Infecciones del tracto genital (incluyendo la enfermedad gonococica). – Estadios II y III de la enfermedad de Lyme. – Profilaxis de infecciones postoperatorias, en cirugia contaminada o potencialmente contaminada, fundamentalmente cirugia cardiovascular, procedimientos urologicos y cirugia colorrectal. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01DE01	CEFEPIMA DH	CEFEPIMA 1 G POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION , 1 VIAL	▪ Adultos y adolescentes: Infecciones causadas por patógenos sensibles a cefepima: – Neumonía. – Infecciones graves del tracto urinario. – Infecciones de la piel y de los tejidos blandos. – Tratamiento empírico de pacientes con neutropenia febril: En pacientes con neutropenia febril está indicada la monoterapia con cefepima. – Infecciones intra-abdominales graves/complicadas, incluidas peritonitis e infección de la vesícula biliar. – Profilaxis en la cirugía intra-abdominal. ▪ Niños (de 2 meses a 12 años:) Para el tratamiento de las infecciones causadas por patógenos sensibles a cefepima: – Neumonía grave. – Infecciones graves del tracto urinario. – Infecciones de la piel y de los tejidos blandos.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			– Tratamiento empírico de los pacientes con neutropenia febril. – Meningitis bacteriana. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01FF01	CLINDAMICINA DH	CLINDAMICINA 300 MG/AMP 1 AMP 2 ML CLINDAMICINA 600 MG/AMP 1 AMP 4 ML	▪ En las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles: – Infecciones graves del tracto respiratorio inferior, tales como empiema, neumonía y absceso pulmonar. – Infecciones de la piel y tejidos blandos. – Infecciones intra-abdominales, tales como peritonitis y abscesos intraabdominales. – Infecciones óseas y articulares, tales como osteomelitis y artritis séptica. – Septicemia. – Infecciones del tracto genital femenino, tales como endometritis, infecciones vaginales postquirúrgicas, abscesos tubo-ováricos no gonocócicos, celulitis pélvica, salpingitis y enfermedades inflamatoria pélvica aguda, siempre y cuando se administre simultáneamente un antibiótico de adecuado espectro frente a bacterias Gram-negativas aerobias. ▪ En combinación con otros fármacos antiprotozoarios en el tratamiento de las siguientes infecciones: – Encefalitis toxoplásmica en pacientes con SIDA.. – Neumonía por Pneumocystis carinii en pacientes con SIDA. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
J01FF02	LINCOMICINA DH	LINCOCIN 600 MG 1 AMPOLLA 2 ML	▪ Actinomicosis, erisepela, infecciones abdominales, infecciones cutáneas y de tejidos blandos, genitourinaria, infecciones óseas, infecciones en quemaduras, otitis media supurada crónica, pneumonía, septicemia, sinusitis. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01GB06	AMIKACINA DH	AMIKACINA 500 MG VIAL 2 ML	▪ En el tratamiento de corta duración de infecciones graves, causadas por cepas sensibles : – Septicemia (incluyendo sepsis neonatal). – Infecciones graves del tracto respiratorio. – Infecciones del sistema nervioso central (incluyendo meningitis). – Infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis. – Infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos, articulaciones - infecciones en quemados. – Infecciones post-quirúrgicas (incluyendo cirugía post-vascular). – Infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01XA01	VANCOMICINA DH	VANCOMICINA 1 G/IV 1 VIAL INY VANCOMICINA 500 MG/IV 1 VIAL INY	▪ Administración intravenosa: En todos los grupos de edad para el tratamiento de las siguientes infecciones: – Infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos (IPPBc). – Infecciones en los huesos y las articulaciones.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			– Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). – Neumonía intrahospitalaria (NAH), incluyendo la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). – Endocarditis infecciosa. La vancomicina también está indicada en todos los grupos de edad para la profilaxis antibacteriana perioperatoria en pacientes con alto riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana cuando se someten a procedimientos quirúrgicos mayores. ▪ Administración oral: La vancomicina está indicada en todos los grupos de edad para el tratamiento de la infección por Clostridioides difficile (ICD). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
J01XX01	FOSFOMICINA SÓDICA DH	FOSFOCINA IV 1 G INYECTABLE	▪ Intravenosa está indicada en el tratamiento de infecciones complicadas o graves urinarias, dermatológicas, ginecológicas, respiratorias, del aparato locomotor, quirúrgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por microorganismos sensibles a la fosfomicina. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L01AA01	CICLOFOSFAMIDA DH	*GENOXAL 50 MG 20 COMPRIMIDOS	▪ Linfoma de Hodgkin, Linfomas no Hodgkin y Mieloma Múltiple. ▪ Leucemia linfocítica crónica (LLC) y Leucemia linfocítica aguda (LLA). ▪ Leucemia mieloide crónica y leucemia linfoblástica aguda ▪ Sarcoma de Ewing.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Neuroblastoma avanzado o metastásico. ▪ Carcinoma de mama y ovárico metastásico. ▪ Tratamiento adyuvante del carcinoma de mama. ▪ Carcinoma microcítico de pulmón. ▪ Como inmunosupresor en trasplantes de órganos y de médula ósea. ▪ En enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de Wegener y formas progresivas graves del LES (nefritis lúpica). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L01CB01	ETOPOSIDO DH	*VEPESID 100 MG 10 CAPSULAS *VEPESID 50 MG 20 CAPSULAS	▪ Carcinoma 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. ▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L01XX14	TRETINOÍNA DH	*VESANOID 10 MG 100 CAPSULAS BLANDAS	▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
L01XX23	MITOTANO DH	*LYSODREN 500 MG 100 COMPRIMIDOS	▪ Tratamiento sintomático del carcinoma de la corteza suprarrenal avanzado (inextirpable, metastático o de recaída). No se ha determinado su efecto en el carcinoma no funcional de la corteza suprarrenal. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L01XX35	ANAGRELIDA DH	* ANAGRELIDA 0,5 MG 100 CAPSULAS DURAS * XAGRID 0,5 MG 1 FRASCO 100 CAPSULAS DURAS	▪ 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: > 60 años o recuento de plaquetas > 1000 x 10^9/l o antecedentes de acontecimientos trombohemorrágicos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L02AE01	BUSERELINA CPD	*SUPREFACT 1 MG/ML 2 VIALES 5,5 ML	▪ En el hombre: Carcinoma de próstata, cuando esté indicado suprimir la producción de hormonas testiculares. ▪ En la mujer: Tratamiento complementario, en asociación con gonadotropinas, para la inducción de la ovulación en un programa de fecundación in vitro.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			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.*
		*SUPREFACT NASAL 0,1 MG/PULSACION 2 FRASCOS	▪ Carcinoma de próstata, cuando esté indicado suprimir la producción de hormonas testiculares. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L02AE02	LEUPRORELINA CPD	*ELIGARD MENSUAL 7,5 MG 1 VIAL	▪ Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormonodependiente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
		*GINECRIN DEPOT 3,75 MG 1 VIAL 2 ML+1 AMP POLV DIS SUSP INY	▪ 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 tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres cercanas a la menopausia que no desean la cirugía. ▪ Endometriosis. ▪ Tratamiento de la pubertad precoz central, diagnosticada clínicamente por la aparicion de los caracteres sexuales secundarios antes de los ocho años en niñas y de los nueve en niños. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		* LUTRATE DEPOT MENSUAL 3,75 MG 1 VIAL + JER PREC 2 ML POLVO Y DIS PARA SUSP LIBER PROLONG INYECT	▪ Tratamiento paliativo del cancer de prostata localmente avanzado o metastasico. ▪ Fibromas uterinos: tratamiento del leiomioma uterino (fibromas uterinos). Este tratamiento puede usarse como medida preoperatoria o coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres perimenopáusicas que no desean la cirugía. ▪ Endometriosis: tratamiento de la endometriosis. Puede usarse solo o como terapia conjunta con la cirugía. ▪ Cáncer de mama: tratamiento del cáncer de mama avanzado en mujeres pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. Está indicado como tratamiento adyuvante, en combinación con tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasa, del cáncer de mama hormonosensible en estadio temprano en mujeres pre y perimenopausicas con alto riesgo de recurrencia (edad joven, tumor de alto grado, afectación de los ganglios linfáticos). En mujeres que han recibido quimioterapia, el estado premenopáusico debe confirmarse tras la finalización de la quimioterapia. ▪ Protección ovárica: Preservación de la función ovárica en mujeres premenopáusicas con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia que puede causar insuficiencia ovárica prematura. ▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.
L02AE03	GOSERELINA CPD	*ZOLADEX 3,6 MG/JER 1 IMPLANTE JERINGA PREC	▪ Carcinoma de próstata avanzado, cuando el tratamiento hormonal está indicado. ▪ Cáncer de mama en pacientes pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. ▪ Endometriosis. ▪ Fibromas uterinos. ▪ Disminución del grosor del endometrio antes de la ablación del mismo. Para esta indicación, se deberán administrar dos depots de ZOLADEX 3,6 con intervalo de cuatro semanas, estando planificada la intervención quirúrgica entre la semana cero y la segunda después del último depot inyectado. ▪ Reproducción asistida: Supresión del control hipofisario en la preparación para la superovulación. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L02AE04	TRIPTORELINA CPD	*DECAPEPTYL MENSUAL 3,75 MG POLVO Y DISOLV PARA SUSP 1 INY	▪ Cáncer de próstata hormono-dependiente, localmente avanzado o metastásico. ▪ Cáncer de próstata hormono-dependiente, localizado de alto riesgo o localmente avanzado, en combinación con radioterapia. ▪ Endometriosis genital y extragenital. ▪ Fibromas uterinos. ▪ Infertilidad femenina. Tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (F.I.V.T.E.). ▪ Pubertad precoz (en las niñas, el tratamiento debe iniciarse antes de los 8 años y, en los niños, antes de los 10 años). *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.* *Para el resto de indicaciones, informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L02AE04	TRIPTORELINA DH	*DECAPEPTYL DIARIO 0,1 MG/VIAL - 7 VIALES 1 ML + 7 AMP DISOLVENTE	▪ 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) *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza autorizado según listado.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por especialista autorizado.*
		*GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG 1 JERINGA PRECARGADA POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	▪ En el hombre: tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente. ▪ En la mujer: miomas uterinos sintomáticos, cuando está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas individuales previa a la programación de la enucleación del mioma o histerectomía; endometriosis

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			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. ▪ En niños: tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L03AB03	INTERFERON GAMMA-1b HUMANO RECOMBINANTE DH	*IMUKIN 100 MCG 1 VIAL INY	▪ Tratamiento coadyuvante para reducir la frecuencia de infecciones graves en pacientes con granulomatosis crónica (GC). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILO DH	*MICOFENOLATO DE MOFETILO 250 MG 100 CAPSULAS DURAS * MICOFENOLATO DE MOFETILO 250 MG 100 COMPRIMIDOS *MICOFENOLATO DE MOFETILO 500 MG 50 COMPRIMIDOS *CELLCEPT 1 G/5 ML 1 FRASCO 110 G POLVO SUSPENSION ORAL *CELLCEPT 250 MG 100 CAPSULAS *CELLCEPT 500 MG 50 COMPRIMIDOS *CELLCEPT 500 MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500 MG 50 COMPR RECUB PELIC EFG	▪ En combinación con ciclosporina y corticosteroides, está indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante en pacientes sometidos a trasplante alogénico renal, cardíaco o hepático. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*MYFORTIC 360 MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES RECUB PELICULA *MYFORTIC 180 MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES RECUB PELICULA * ACIDO MICOFENOLICO 180 MG 100 COMPRIMIDOS * ACIDO MICOFENOLICO 360 MG 50 COMPRIMIDOS *CEPTAVA 180 MG 100 COMPRIMIDOS *CEPTAVA 360 MG 50 COMPRIMIDOS	
L04AD01	CICLOSPORINA DH	*SANDIMMUN NEORAL 100 MG 30 CAPSULAS *SANDIMMUN NEORAL 100/ML 50 ML SOLUCION *SANDIMMUN NEORAL 25 MG 30 CAPSULAS *SANDIMMUN NEORAL 50 MG 30 CAPSULAS *CIQORIN 25MG 30 CAPSULAS *CIQORIN 50MG 30 CAPSULAS *CIQORIN 100MG 30 CAPSULAS	▪ Prevención del rechazo del injerto en transplante de riñón, hígado, corazón, corazón-pulmón, pulmón, páncreas y médula ósea. ▪ Tratamiento del rechazo de transplantes en pacientes que previamente han recibido otros agentes inmunosupresores. ▪ Profilaxis y tratamiento de la enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) en el transplante de médula ósea. ▪ Uveitis intermedia o posterior no infecciosa, refractaria, activa con riesgo de pérdida de visión. Uveitis de la enfermedad de Behcet. ▪ En pacientes con psoriasis severa en placas, en quienes la terapia convencional tópica y sistémica, resulta ineficaz o inadecuada. No en niños. ▪ 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. ▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			▪ Tratamiento de la dermatitis atópica severa, en pacientes en quienes la terapia convencional resulta ineficaz o inadecuada. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L04AD02	TACROLIMUS DH	*ADVAGRAF 0,5 MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA *ADVAGRAF 1 MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA *ADVAGRAF 1 MG 60 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA *ADVAGRAF 3 MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA *ADVAGRAF 5 MG 30 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	▪ Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos. ▪ Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
		*TACROLIMUS 0,5 MG CAPSULAS DURAS *TACROLIMUS 1 MG CAPSULAS DURAS * TACROLIMUS 3 MG CAPSULAS DURAS *TACROLIMUS 5 MG CAPSULAS DURAS	▪ Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos. ▪ Tratamineto del rechazo de aloinjertos resistente a los tratamientos con otros medicamentos inmunosupresores. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L04AH01	SIROLIMUS DH	*RAPAMUNE 0,5 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RAPAMUNE 1 MG/ML 60 ML SOL ORAL *RAPAMUNE 1 MG 100 COMP RECUBIERTOS *RAPAMUNE 2 MG 30 COMP RECUBIERTOS	▪ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			mantenerse como terapia de mantenimiento con corticoesteroides sólo si la ciclosporina puede interrumpirse progresivamente. ▪ Tratamiento de pacientes con linfangioleiomiomatosis esporadica con enfermedad pulmonar moderada o deterioro de la funcion pulmonar. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L04AH02	EVEROLIMUS DH	*CERTICAN 0,1 MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES *CERTICAN 0,25 MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES *CERTICAN 0,25 MG 60 COMPRIMIDOS *CERTICAN 0,5 MG 60 COMPRIMIDOS *CERTICAN 0,75 MG 60 COMPRIMIDOS *CERTICAN 1 MG 60 COMPRIMIDOS	▪ Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes adultos con bajo a moderado riesgo inmunológico que reciben un trasplante renal o cardíaco alogénico. Debe utilizarse en combinación con ciclosporina para microemulsión y corticosteroides. ▪ Profilaxis del rechazo de órganos en pacientes que reciben un transplante hepático; debe utilizarse en combinación con tacrolimus y corticosteroides. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
L04AK01	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 *LEFLUARTIL 10 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *LEFLUARTIL 20 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento de pacientes adultos con: – artritis reumatoide activa. – artritis psoriásica activa. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
L04AX07	DIMETILFUMARATO DH	*SKILARENCE 120 MG 180 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES *SKILARENCE 120 MG 90 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES *SKILARENCE 30 MG 42 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	▪ 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). *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
M01AC01	PIROXICAM DH	PIROXICAM 20 MG 20 COMPRIMIDOS DISP FELDENE 10 MG 30 CAPSULAS DURAS FELDENE 20 MG 20 CAPSULAS DURAS FELDENE FLAS 20 MG 20 LIOFILIZADOS ORALES FELDENE IM 20 MG/AMP 6 AMPOLLAS 1 ML	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en reumatología, medicina interna, geriatría o medicina física y rehabilitación.*
M04AB03	BENZBROMARONA DH	*URINORM 100 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Únicamente en pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con alopurinol 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 de creatinina superior a 20 ml/min; hiperuricemia en pacientes con trasplante renal. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en reumatología o nefrología.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
M05BX06	ROMOSOZUMAB DH	EVENITY 105 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA 2 PLUMAS PRECARGADAS	▪ 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 moderado, según REGICOR (un riesgo < 10% en las tablas de Framingham-REGICOR) o un riesgo bajo o moderado, < 5% en las tablas del SCORE. ▪ Se establece criterio de parada de tratamiento en línea con la ficha técnica de 12 meses de duración de tratamiento. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*
N01BB02	LIDOCAINA CPD	VERSATIS 700 MG APOSITO ADHESIVO MEDICAMENTOSO, 20 APOSITOS VERSATIS 700 MG APOSITO ADHESIVO MEDICAMENTOSO, 30 APOSITOS	▪ Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*
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	▪ Tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiaceos para dolor cronico en cancer. El dolor irruptivo es una exacerbacion

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*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 APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 200 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 200 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 400 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 400 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 400 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 600 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 600 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 600 MCG, 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 800 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 800 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 1200 MCG, 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO	transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*ACTIQ 1200 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *ACTIQ 1600 MCG, 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO *AVARIC 67 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 67 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 133 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 133 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 267 MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 267 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 400 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 533 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *AVARIC 800 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AL/PVC/AL-PET) *BREAKYL 200 MCG 28 PELICULAS BUCALES *BREAKYL 400 MCG 28 PELICULAS BUCALES *BREAKYL 600 MCG 28 PELICULAS BUCALES *BREAKYL 800 MCG 28 PELICULAS BUCALES *BREAKYL 1200 MCG 28 PELICULAS BUCALES *EFFENTORA 100MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES *EFFENTORA 100MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES *EFFENTORA 200MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES *EFFENTORA 200MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*EFFENTORA 400MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES *EFFENTORA 600MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES *EFFENTORA 800MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES *FENTICERTA 100 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 100 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 200 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 200 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 300 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 300 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 400 MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 400 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 600 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *FENTICERTA 800 MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG *INSTANYL 50 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 10 DOSIS *INSTANYL 50 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 40 DOSIS	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*IINSTANYL 100 MCG SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL EN ENVASE UNIDOSIS, 6 ENVASES PULVERIZADORES UNIDOSIS *INSTANYL 100 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 10 DOSIS *INSTANYL 100 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 40 DOSIS *INSTANYL 200 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 10 DOSIS *INSTANYL 200 MCG/DOSIS SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 40 DOSIS *KAPTIC 100 MCG 10 COMP SUBLINGUALES EFG *KAPTIC 100 MCG 30 COMP SUBLINGUALES EFG *KAPTIC 200 MCG 30 COMP SUBLINGUALES EFG *KAPTIC 300 MCG 30 COMP SUBLINGUALES EFG *KAPTIC 400 MCG 30 COMP SUBLINGUALES EFG *PECFENT 100 MCG/PULVERIZACION, SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 8 DOSIS *PECFENT 100 MCG/PULVERIZACION, SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 4 ENVASES PULVERIZADORES DE 8 DOSIS *PECFENT 400 MCG/PULVERIZACION, SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 1 ENVASE PULVERIZADOR DE 8 DOSIS	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*PECFENT 400 MCG/PULVERIZACION, SOLUCION PARA PULVERIZACION NASAL, 4 ENVASES PULVERIZADORES DE 8 DOSIS	
N02CC08	LASMIDITAN CPD	RAYVOW 50 MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA RAYVOW 50 MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA RAYVOW 100 MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA RAYVOW 100 MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en: – Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis uficientes y se haya constatado la falta de respuesta. – Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
N03AF03	RUFINAMIDA DH	*INOVELON 100 MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA * INOVELON 200 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA * INOVELON 400 MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *INOVELON 40 MG/ML SUSPENSION ORAL 1 FRASCO DE 460 ML	▪ Como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
N04BA01	LEVODOPA CPD	*INBRIJA 33 MG 92 CAPSULAS DURAS +1 INHALADOR	▪ Tratamiento intermitente de las fluctuaciones motoras episódicas (períodos OFF) impredecibles en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			levodopa/IDD en los que no se haya conseguido un adecuado control de las fluctuaciones motoras, tras la administración de otras alternativas terapéuticas como los inhibidores de la catecol-amino-metiltransferasa (ICOMT), inhibidores de la monoaminooxidasa B (IMAO-B) o los agonistas dopaminérgicos, en los que apomorfina no sea una opción adecuada por su perfil de tolerabilidad y cuando los pacientes tengan una adecuada función respiratoria, sean capaces de realizar correctamente la técnica de administración y de reconocer el periodo OFF . *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología.*
N04BC07	APOMORFINA DH	*APODEV 5 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG, 1 VIAL *APO-GO PFS 5 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION EN JERINGA PRECARGADA, 5 JERINGAS DE 10 ML *APO-GO PEN 10 MG/ML 5 PLUMAS 3 ML *DACEPTON 5 MG/ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG 1 VIAL	▪ 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 dopaminérgicos. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
N04BX01	TOLCAPONA DH	*TASMAR 100 MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			observan beneficios clínicos considerables dentro de las 3 semanas posteriores al inicio del tratamiento, se debe interrumpir. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
N05AE04	ZIPRASIDONA CPD-E	*ZELDOX 20 MG 56 CAPSULAS *ZELDOX 40 MG 14 CAPSULAS *ZELDOX 40 MG 56 CAPSULAS *ZELDOX 60 MG 56 CAPSULAS *ZELDOX 80 MG 56 CAPSULAS *ZIPRASIDONA 20 MG CAPSULAS DURAS *ZIPRASIDONA 40 MG CAPSULAS DURAS *ZIPRASIDONA 60 MG CAPSULAS DURAS *ZIPRASIDONA 80 MG CAPSULAS DURAS	▪ Tratamiento de la esquizofrenia. ▪ Tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años. No se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
		*ZELDOX 20 MG/VIAL 1 INYECTABLE 1,2 ML	▪ 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. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AE05	LURASIDONA CPD-E	*LATUDA 18,5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *LATUDA 37 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 13 años de edad y mayores. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*LATUDA 74 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	*Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
C10AA05	OLANZAPINA CPD-E	*OLANZAPINA 2,5 MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 5 MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 7,5 MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 10 MG COMPRIMIDOS *OLANZAPINA 2,5 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 5 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 7,5 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 10 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 15 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 20 MG COMP BUCODISPERSABLES *OLANZAPINA 2,5 MG CAPSULAS *OLANZAPINA 5 MG CAPSULAS *OLANZAPINA 7,5 MG CAPSULAS *OLANZAPINA 10 MG CAPSULAS *OLANZAPINA 15 MG CAPSULAS *OLANZAPINA 20 MG 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	▪ Tratamiento de la esquizofrenia. ▪ Tratamiento del episodio maníaco moderado a severo. ▪ Prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*ZYPREXA VELOTAB 15 MG 28COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES *ZYPREXA VELOTAB 20 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	
		*OLANZAPINA 10 MG/VIAL 1 VIAL 2 ML INYEC *ZYPREXA 10 MG/VIAL 1 INYECTABLE 2 ML	▪ 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. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AH04	QUETIAPINA CPD-E	*QUETIAPINA 25 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 50 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 100 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 150 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 200 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 300 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 400 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *QUETIAPINA 50 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 100 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 150 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 200 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 300 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 400 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *QUETIAPINA 600 MG COMPRIMIDOS LIBER MODIF *SEROQUEL 100 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento de la esquizofrenia. ▪ Tratamiento del episodio maníaco moderado a grave. No se ha demostrado que evite las recurrencias de los episodios maníacos depresivos. ▪ Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar. ▪ Tratamiento de la prevención de la recurrencia del trastorno bipolar. ▪ 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. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*SEROQUEL 200 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *SEROQUEL 300 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA *SEROQUEL PROLONG 150 MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *SEROQUEL PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA *SEROQUEL PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA	
N05AH05	ASENAPINA MALEATO CPD-E	*SYCREST 5 MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES *SYCREST 10 MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	▪ Tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AL05	AMISULPRIDA CPD-E	*SOLIAN 100 MG 60 COMPRIMIDOS *SOLIAN 100 MG/ML SOLUCION ORAL 60 ML *SOLIAN 200 MG 60 COMPRIMIDOS *SOLIAN 400 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Tratamiento de la esquizofrenia. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AX08	RISPERIDONA CPD-E	*RISPERIDONA 1 MG/ML SOLUCION ORAL ML *RISPERIDONA 0,5 MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 0,5 MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS	▪ 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,

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*RISPERIDONA 2 MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 2 MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 3 MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 3 MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 4 MG COMPRIMIDOS *RISPERIDONA 4 MG COMPRIMIDOS BUCODISPERS *RISPERIDONA 6 MG COMPRIMIDOS *RISPERDAL 1 MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RISPERDAL 1 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RISPERDAL 1 MG/1 ML 100 ML SOLUCIÓN ORAL *RISPERDAL 1 MG/1 ML 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	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. ▪ 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. ▪ Medicación concomitante de los estabilizadores del estado del ánimo en el tratamiento de episodios maníacos asociados a trastornos bipolares. ▪ Tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
		*OKEDI 100 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION 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	▪ Tratamiento de la esquizofrenia en adultos en los que se ha establecido la tolerabilidad y efectividad con risperidona oral. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*RISPERDAL CONSTA 37,5 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARGADA *RISPERDAL CONSTA 50 MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARGADA	
N05AX12	ARIPIPRAZOL CPD-E	*ARIPIPRAZOL 5 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 10 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 15 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 10 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 15 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 20 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 30 MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP *ARIPIPRAZOL 30 MG 28 COMPRIMIDOS *ARIPIPRAZOL 1 MG/ML SOLUCION ORAL 150 ML *ABILIFY 1 MG/ML 150 ML 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 *ABIPOL 5 MG 28 CAPSULAS DURAS EFG *ABIPOL 10 MG 28 CAPSULAS DURAS EFG *ABIPOL 15 MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	▪ Tratamiento de la esquizofrenia en adultos o adolescentes de 15 años o más. ▪ 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. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
		*ARIPIPRAZOL 9,75 MG 1 VIAL *ARIPIPRAZOL 300 MG 1 VIAL *ARIPIPRAZOL 400 MG 1 VIAL *ABILIFY 7,5 MG/ML 1 VIAL 1,3 ML SOL INYECTABLE	▪ 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*ABILIFY MAINTENA 300 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA 1 VIAL + 1 VIAL DE DISOLVENTE *ABILIFY MAINTENA 400 MG POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA 1 VIAL + 1 VIAL DE DISOLVENTE	*Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AX13	PALIPERIDONA CPD-E	*PALIPERIDONA 3 MG 28 COMP LIBERACION MODIFI *PALIPERIDONA 6 MG 28 COMP LIBERACION MODIFI *PALIPERIDONA 9 MG 28 COMP LIBERACION MODIFI	▪ Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante. ▪ Tratamiento de del trastorno esquizoafectivo en adultos. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.* *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
		*PALIPERIDONA 150 MG SUSP INYECTABLE DE LIBER *PALIPERIDONA 100 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 75 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 50 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 350 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 263 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 525 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB	▪ Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, paliperidona puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento inyectable de acción prolongada. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*PALIPERIDONA 175 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB *PALIPERIDONA 700 MG INYECT 3,5 ML 1 JER PREC *PALIPERIDONA 1.000 MG INYECT 5 ML 1 JER PREC *INVEGA 3 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INVEGA 6 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *INVEGA 9 MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA *BACEQ 75 MG SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG, 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS *BACEQ 100 MG SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION P *BACEQ 150 MG SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG, 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS *XEPLION 50 MG 1 JER PREC+2AGU SUSP INY LIB PROL *XEPLION 75 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP INY LIB PROL *XEPLION 100 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP IN LIB PROL *XEPLION 150 MG 1 JER PREC + 2 AGU SUSP IN LIB PROL	*Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AX15	CARIPRAZINA CPD-E	*REAGILA 1,5 MG 7 CAPSULAS DURAS *REAGILA 1,5 MG 28 CAPSULAS DURAS *REAGILA 3 MG 7 CAPSULAS DURAS *REAGILA 3 MG 28 CAPSULAS DURAS	▪ Tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		*REAGILA 4,5 MG 28 CAPSULAS DURAS *REAGILA 6 MG 28 CAPSULAS DURAS	*Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría, neurología, médico de atención primaria o geriátrica.*
N05AX16	BREXIPIPRAZOL	*RXULTI 1 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RXULTI 2 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RXULTI 3 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS *RXULTI 4 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	▪ Para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. *Visado de inspección en caso de prescripción a pacientes mayores de 75 años.*
N06BA12	LISDEXANFETAMINA DH	ELVANSE 30 MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE 50 MG 30 CAPSULAS DURAS ELVANSE 70 MG 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 clinicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervision de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnostico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología o neuropediatría.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra, neurólogo o neuropediatra.*
		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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por el psiquiatra o neurólogo.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N06DA02	DONEPEZILO DH	DONEPEZILO 5 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DONEPEZILO 10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTO DONEPEZILO 2 MG/ML SOLUCION ORAL 150 ML DONEPEZILO 5 MG 28 COMP BUCODISPERSABLES DONEPEZILO 10 MG 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 LIXBEN 5 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA LIXBEN 10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA YASNAL 10 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer de intensidad leve a moderadamente grave. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría o neurología.*
N06DA03	RIVASTIGMINA DH	RIVASTIGMINA 1,5 MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOLUCION ORAL 120 ML RIVASTIGMINA 3 MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 4,5 MG 112 CAPSULAS RIVASTIGMINA 6 MG CAPSULAS RIVASTIGMINA 4,6 MG/24H PARCHES TRANSDER RIVASTIGMINA DOS POR SEMANA 4,6 MG/24H PARCHES RIVASTIGMINA DOS POR SEMANA 9,5 MG/24H PARCHES RIVASTIGMINA 9,5 MG/24H PARCHES TRANSDER RIVASTIGMINA 13,3 MG/24H 60 PARCHES TRANSDER ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6 MG/24 H 8 PARCHES TRANSDERMICOS	▪ Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer de intensidad leve a moderadamente grave. ▪ Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6 MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5 MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS 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 4,6 MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EXELON 4,6 MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EXELON 6 MG 112 CAPSULAS DURAS EXELON 6 MG 56 CAPSULAS DURAS EXELON 9,5 MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EXELON 13,3 MG/24 H PARCHE TRANSDERMICO 60 (2 X 30) PARCHES PROMETAX 2 MG/ ML 120 ML SOLUCION ORAL PROMETAX 3 MG 112 CAPSULAS DURAS PROMETAX 3 MG 56 CAPSULAS DURAS PROMETAX 4,6 MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS PROMETAX 4,6 MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS PROMETAX 4,5 MG 112 CAPSULAS DURAS PROMETAX 4,5 MG 56 CAPSULAS DURAS PROMETAX 9,5 MG/24H 60 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N06DA04	GALANTAMINA DH	GALANTAMINA 16 MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 24 MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 8 MG 28 CAPSULAS LIBERACION GALANTAMINA 4 MG/ML SOLUCION ORAL 100 ML REMINYL 8 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA REMINYL 16 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA REMINYL 24 MG 28 CAPSULAS LIB PROLONGADA	▪ Tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer leve o moderadamente grave. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.*
N06DA52	DONEPEZILO + MEMANTINA DH	DOMEX 10 MG/10 MG 28 COMPRIMIDOS REC DOMEX 10 MG/20 MG 28 COMPRIMIDOS REC DEZIPAR 10 MG/10 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PE DEZIPAR 10 MG/20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PE	▪ Para la terapia de sustitución en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultáneamente a las mismas dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.*
N06DX01	MEMANTINA DH	MEMANTINA 5 MG/PULSACION (0,5 ML) SOLUCION ORAL 100 ML MEMANTINA 10 MG 112 COMPRIMIDOS MEMANTINA 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS MEMANTINA (5/10/15/20 MG) 4 X 7 COMPRIMIDOS MEMANTINA 10 MG/ML SUSP ORAL 100 ML MEMANTINA 20 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISP MEMANTINA 10 MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISP AXURA 10 MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA AXURA 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en neurología o psiquiatría.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		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 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EBIXA 5 MG/PULSACION SOLUCION ORAL 100 ML EBIXA 5/10/15/20MG 7X5 + 7X10 + 7X15 + 7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA MEMOREL FLAS 20 MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG MEMANTINA MACLEODS 5 MG/PULSACION SOLUCION ORAL EFG 1 FRASCO DE 100 ML NABILA 10 MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA NABILA 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA PROTALON 10 MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG PROTALON 20 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
N07BC51	NALOXONA + BUPRENORFINA DH	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 8 MG/2 MG 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 2/0,5 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 8/2 MG 7 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES SUBOXONE 8/2 MG 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	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en psiquiatría.* *Todas las recetas y prescripciones deben ser realizadas por este especialista.*
N07BB05	NALMEFENO CPD	*SELINCRO 18 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	▪ Para la reduccion 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			de abstinencia fisicos y que no requieran una desintoxicacion inmediata. El tratamiento se debe iniciar únicamente en los pacientes que mantienen un NCR alto dos semanas despues de la evaluacion inicial. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.*
P01CB01	MEGLUMINA ANTIMONIATO DH	GLUCANTIME 1500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE, 10 AMPOLLAS	▪ Tratamiento de leishmaniasis visceral (Kala azar) leishmaniasis cutánea (Botón de Oriente) y mucocutánea. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
R05DA03	DIHIDROCODEINA (HIDROCODONA) FR	PARACODINA JARABE 10 MG/5 ML ENVASE 125 ML TOSIDRIN 10 MG/ML 15 ML SOLUCION GOTAS TOSIDRIN 10 MG/ML 30 ML SOLUCION GOTAS	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
R05DA04	CODEINA FR	BISOLTUS 10 MG/5 ML 250 ML SOLUCION CODEISAN 28,7 MG 10 COMPRIMIDOS CODEISAN 28,7 MG 20 COMPRIMIDOS CODEISAN 6,33 MG/5 ML 250 ML JARABE FLUDAN CODEINA 10 MG/5 ML 200 ML SOLUCION ORAL NOTUSIN 100 ML SOLUCION ORAL NOTUSIN 250 ML SOLUCION ORAL PERDURETAS CODEINA 20 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		PERDURETAS CODEINA 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL TOSEINA 250 ML	
R05DA07	NOSCAPINA FR	TUSCALMAN 15 MG 20 SUPOSITORIOS NIÑOS TUSCALMAN 15 MG/5 ML 150 ML JARABE	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
R05DA09	DEXTROMETORFANO FR	ROMILAR 15 MG/5 ML JARABE ,1 FRASCO DE 200 ML ROMILAR 15 MG 20 COMPRIMIDOS ROMILAR 15 MG/ML 20 ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
R05DA11	DIMEMORFANO FR	DASTOSIN 10 MG/5 ML 150 ML JARABE DASTOSIN 10 MG/5 ML 250 ML JARABE DASTOSIN 20 MG 30 CAPSULAS	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
S01AD09	GANCICLOVIR DH	VIRGAN 1,5 MG/G GEL OFTALMICO 1 TUBO DE 5 G	▪ Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
S01XA20	LAGRIMAS ARTIFICIALES FR	ACUOLENS SOLUCION, 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,5 ML CARMELOSA QUALIGEN 5 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,4 ML CARMELOSA STADA 5 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION EN ENV HIDRATHEA, 10 ML HIPROMELOSA STADA 3,2 MG/ML COLIRIO EN SOLUCION OCULOTECT 50 MG/ML 10 ML COLIRIO EN SOLUCION OCULOTECT 50 MG/ML 20 X 0,4 ML COLIRIO SOLUCION OFARSIN 2 MG/G MULTIDOSIS GEL OFTALMICO, 1 FRASCO 10G OFARSIN 2 MG/G GEL OFTALMICO 30 ENVASES UNIDOSIS 0,6 G 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 0,4 ML COLIRIO VISCOFRESH 0.5% 2 MG 30 ENVASES 0,4 ML VISCOFRESH 1% 10 UNIDOSIS 0,4 ML COLIRIO VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4 ML COLIRIO	▪ Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
S01XA94	CARBOMERO FR	SICCAFLUID 0,25% 10 G GEL OFTALMICO	▪ Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
S01XA98	POLIVINILICO ALCOHOL FR	LIQUIFILM LAGRIMAS 1,4% SOLUCION 15 ML	▪ Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjögren. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de atención primaria o geriátrica.*
V01AA02	EXTRACTO POLEN PHLEUM PRATENSE CPD	GRAZAX 75000 SQ-T 30 LIOFILIZADOS ORALES GRAZAX 75000 SQ-T 90 LIOFILIZADO ORAL	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
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	▪ Tratamiento de la rinitis alérgica con o sin 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
V01AA03	EXTRACTO ALERGENICO DE POLVO DE ACAROS DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS/FARINAE	ACARIZAX 90 LIOFILIZADOS ORALES ACARIZAX 30 LIOFILIZADOS ORALES	▪ 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
	CPD		corticoesteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica por ácaros del polvo doméstico, de leve a severa. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en alergología o neumología.*
		ACTAIR 100 IR & 300 IR 31 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (3 DE 100 IR + 28 DE 150 IR) ACTAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ACTAIR 300 IR 90 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	▪ Rinitis moderada o grave inducida por ácaros del polvo doméstico (prueba de punción cutánea o prueba de IgE específica) en adolescentes (de 12 a 17 años) y en adultos. Duración del tratamiento limitada a 3 años. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en alergología o neumología.*
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 *FERUPANTIL 360 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	▪ Tratamiento de la sobrecarga ferrica crónica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (> o igual 7ml/kg/mes de concentrado de hematies) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años. ▪ Tratamiento de la sobrecarga ferrica cronica debida a transfusiones sanguineas cuando el tratamiento con deferoxamina este contraindicado o no sea adecuado en los siguientes grupos de pacientes: ✓ En pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas frecuentes (mayor o igual 7 ml/kg/mes de concentrado de hematies) de 2 a 5 años, ✓ En adultos y pacientes pediatricos con beta talasemia mayor con sobrecarga ferrica debida a transfusiones sanguineas poco frecuentes (<7 ml/kg/mes

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			de concentrado de hematies) de edad igual o superior a 2 años. ✓ En adultos y pacientes pediatricos con otras anemias de edad igual o superior a 2 años. ▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
V03AE09	PATIROMERO CALCICO CPD	* VELTASSA 8,4 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES * VELTASSA 16,8 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES	▪ Tratamiento de la hiperpotasemia en adultos con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuacion, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio ionico. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en nefrologia, cardiologia y medicina interna.*
V03AE10	CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO CPD	*LOKELMA 5 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES *LOKELMA 10 G POLVO PARA SUSPENSION ORAL, 30 SOBRES	▪ Tratamiento de la hiperpotasemia en pacientes adultos con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia 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.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en nefrologia, cardiologia y medicina interna.
V04CD05	SOMATORELINA DH	*GHRH FERRING 1 AMPOLLA DE PRINCIPIO ACTIVO + 1 AMPOLLAS DISOLVENTE	▪ 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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
V04CX	COLINA HIDROCLORURO DH	PROVOCHOLINE 100 MG 6 VIALES 20 ML POLVO PARA INHALACION	▪ Diagnóstico de la hiperreactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
V04CX	TEST DE UREA CPD	TAU KIT 100 MG 1 COMP SOLUBLES UBTEST 100MG 1 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA	▪ Diagnóstico "in vivo" de la infección gastroduodenal por Helicobacter pylori. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en digestivo, pediatra, médico de atención primaria o geriátrica.*
V04CX	HEXAMINOLEVULINICO DH	HEXVIX 85 MG 1 VIAL 10 ML POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INTRAVESICAL	▪ Unicamente 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

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
			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. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe.*
22A01	CAMARAS DE INHALACION PEDIATRICAS FR	BABYHALER AEROCHAMBER PLUS PEDIATRICO AEROCHAMBER PLUS NEONATAL DIAMOND CON MASCARILLA NEONATO DIAMOND CON MASCARILLA INFANTIL	▪ Asma infantil para niños de 0 a 4 años (no financiados en niños con 4 años cumplidos). ▪ Bronquiolitis para niños de 0 a 2 años (no financiados en niños con 2 años cumplidos). *Prescripción de una sola cámara por niño. Por especialista en pediatría, neumología o alergología infantil.*
23A01	BOLSAS RECOGIDA ORINA PIERNA	CONVEEN MULTICANAL 600ML TUBO 45CM 10U CONVEEN MULTICANAL 800ML TUBO 45CM 10U CONVEEN MULTICANAL 800ML TUBO 65CM 10U	▪ 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 pacientes que por la gravedad de su patología precisen su utilización. *Un envase de 10 unidades para el periodo de un mes.*
23B05	COLECTOR BOLSA RECOG ORINA FEMENINO	VILUC 1 U + 14 ADHESIVOS	
06F02	SONDA VESICAL	NELATON UNO FR 8 40 CM NELATON UNO FR 10 40 CM NELATON UNO FR 12 40 CM NELATON UNO FR 14 40 CM NELATON UNO FR 16 40 CM	▪ Pacientes con necesidad de sondajes intermitentes.

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
		NELATON UNO FR 18 40 CM ORINA UNO FR 10 20 CM ORINA UNO FR 12 20 CM ORINA UNO FR 14 20 CM ORINA UNO FR 16 20 CM	
23C	ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA	ABSORB INCONTINENCIA DIA ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA DIA ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA DIA RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS DIA ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS NOCHE ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS SUPERNOCHE	▪ Incontinencia urinaria y/o fecal continua en pacientes mayores de 4 años. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe, médico de Atención Primaria o Geriátrica.* *Un máximo de 4 absorbentes por persona al día, siendo como máximo uno de ellos de tipo Supernoche.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES

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

R05DA09	DEXTROMETORFANO FR	ROMILAR 15 MG/5 ML JARABE 1 FRASCO DE 200 ML ROMILAR 15 MG 20 COMPRIMIDOS ROMILAR 15 MG/ML 20 ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	▪ Pacientes neoplásicos con tos persistente.
23C	ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA	ABSORB INCONTINENCIA DIA ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA DIA ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA DIA RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS DIA ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS NOCHE ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ANATOMICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE ELASTICO ABSORB INCONTINENCIA SUPER NOCHE RECTANGULAR ABSORB INCONTINENCIA PANTS SUPERNOCHE	▪ Incontinencia urinaria y/o fecal continua en pacientes mayores de 4 años. *Un máximo de 4 absorbentes por persona al día, siendo como máximo uno de ellos de tipo Supernoche.*

FÓRMULAS MAGISTRALES QUE REQUIEREN VISADO

GRUPO ATC	CN	NOMBRE PRESENTACIÓN	INDICACIONES
A07EB01	140004 140505	*CROMOGLICATO SODIO 200 MG 100 CAPSULAS *CROMOGLICATO SODIO 100 MG 100 CAPSULAS	▪ Tratamiento de mastocitosis.
A11HA04	140083 140084 140561	RIBOFLAVINA 100 MG 100 CAPSULAS RIBOFLAVINA 10 MG/ML JARABE 250 ML 1 FRASCO RIBOFLAVINA 50 MG 100 CAPSULAS	▪ Enfermedades mitocondriales.
	140532	EMULSION FOTOPROTECTORA 100 G 1 ENVASE (TIOVEIL 15%, PARSOL 1789 3%, NEO-HELIOPAN E1000 5%) Principios activos: Dioxido titanio Oxibenzona Parsol 1789 Sulisobenzona Neo Heliopan E1000	▪ Prevención de las manifestaciones cutáneas del lupus. Máximo: 4 envases de 100 gramos por persona y año. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en Dermatología, Reumatología o Medicina Interna.*

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	INDICACIONES
L04AD02	140553	*TACROLIMUS 2 MG 24 SUPOSITORIOS	▪ Tratamiento de pacientes con proctitis (rectitis) ulcerosa refractaria a corticoides. *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.*

VACUNAS QUE REQUIEREN VISADO

CN	NOMBRE PRESENTACIÓN	INDICACIONES
140990	UROMUNE AUTOVACUNA SPRAY SUBLINGUAL 2 FRASCOS 9 ML	▪ Tratamiento preventivo de procesos urinarios por infección bacteriana y sus complicaciones. *Informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza en urología, ginecología, rehabilitación, médico de Atención Primaria o geriatría.*
140991	URITAI AUTOVACUNA BACTERIANA SUBLINGUAL 2 VIALES 9 ML	
140992	URITAI AUTOVACUNA BACTERIANA SUBLINGUAL 1 VIAL 9 ML	