

 9. juli 2024

**PRODUKTRESUMÉ**

**for**

**Meriofert, pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning**

**0. D.SP.NR.**

29023

**1. LÆGEMIDLETS NAVN**

Meriofert

**2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSÆTNING**

Hvert hætteglas indeholder frysetørret pulver med 75 IE humant follikelstimulerende hormon-aktivitet (FSH) og 75 IE humant luteiniserende hormon-aktivitet (LH).

Humant menopausalt gonadotropin (HMG) er udvundet fra urinen hos postmenopausale kvinder. Der er tilsat humant choriongonadotropin (hCG), udvundet fra urinen hos gravide kvinder, for at bidrage til den samlede LH-aktivitet.

Hvert hætteglas indeholder frysetørret pulver med 150 IE humant follikelstimulerende hormon-aktivitet (FSH) og 150 IE humant luteiniserende hormon-aktivitet (LH).

Humant menopausalt gonadotropin (HMG) er udvundet fra urinen hos postmenopausale kvinder. Der er tilsat humant choriongonadotropin (hCG), udvundet fra urinen hos gravide kvinder, for at bidrage til den samlede LH-aktivitet.

Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1.

**3. LÆGEMIDDELFORM**

Pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning

Pulver i hætteglas: hvidt frysetørret klump eller pulver.

Solvens i ampul: klar og farveløs opløsning.

**4. KLINISKE OPLYSNINGER**

**4.1 Terapeutiske indikationer**

**Induktion af ægløsning:** til induktion af ægløsning hos amenorreiske og anovulatoriske kvinder, som ikke har responderet på behandling med clomifencitrat.

**Kontrolleret ovariehyperstimulation (COH)** inden for en medicinsk assisteret reproduktionsteknologi (ART):induktion af udvikling af multiple follikler hos kvinder, der gennemgår forskellige assisterede reproduktionsteknikker som f.eks. *in vitro*-befrugtning (IVF).

**4.2 Dosering og administration**

Dosering

Behandling med Meriofert skal påbegyndes under opsyn af en læge med erfaring inden for behandling af infertilitetsproblemer.

Der er store inter- og intra-individuelle forskelle i ovarierespons på eksogene gonadotropiner. Dette gør det umuligt at opstille en ensartet doseringsplan. Doseringen skal derfor justeres individuelt afhængigt af ovarierespons. Dette kræver ultralydsscanning og kan ligeledes inkludere monitorering af østradiolkoncentrationer.

**Kvinder med anovulation:**

Formålet med behandlingen med Meriofert er at udvikle en enkel, moden de Graaf-follikel, fra hvilken ægget løsnes efter administrationen af humant choriongonadotropin (hCG).

Meriofert kan administreres ved daglig injektion. Hos menstruerende patienter skal behandlingen påbegyndes inden for de første 7 dage af menstruationscyklussen.

Et ofte anvendt regime starter med 75 til 150 IE af FSH dagligt og øges om nødvendigt med 37,5 IE (op til 75 IE), fortrinsvis med intervaller på 7 eller 14 dage, for at opnå et passende, men ikke overdrevent respons.

Den maksimale daglige dosis af HMG Meriofert må generelt ikke overstige 225 IE.

Behandlingen skal justeres i henhold til den enkelte patients respons, som vurderes ved at måle follikelstørrelsen ved hjælp af ultralyd og/eller østrogenniveauet.

Den daglige dosis bibeholdes så, indtil præ-ovulatoriske forhold er opnået. Sædvanligvis er 7 til 14 dages behandling tilstrækkelig for at opnå dette stadium.

Administrationen af Meriofert indstilles herefter, og ovulation kan induceres ved at administrere humant choriongonadotropin (hCG).

Hvis antallet af responderende follikler er for højt, eller østradiolkoncentrationer stiger for hurtigt, dvs. mere end en daglig fordobling af østradiol på to eller tre på hinanden følgende dage, bør den daglige dosis nedsættes. Da follikler på mere end 14 mm kan føre til graviditeter, indebærer flere præ-ovulatoriske follikler, der er større end 14 mm, en risiko for flerfoldssvangerskaber. I dette tilfælde bør hCG seponeres, og graviditet bør undgås for at forhindre flerfoldssvangerskaber. Patienten bør anvende en præventionsmetode af barrieretypen eller afholde sig fra at have samleje, indtil den næste menstruationsblødning er startet (se pkt. 4.4). Behandlingen bør genstartes i den næste behandlingscyklus ved en lavere dosis end i den foregående cyklus.

Hvis en patient ikke opnår et passende respons efter 4 ugers behandling, bør cyklus opgives, og patienten bør genstarte ved en højere initialdosis end i den forudgående cyklus.

Når det optimale respons er opnået, bør der administreres en enkel injektion på 5.000 til 10.000 IE hCG 24 til 48 timer efter den sidste Meriofert-injektion.

Det anbefales patienten at have samleje på dagen for hCG-injektion og den følgende dag

Alternativt kan der udføres kunstig intrauterin befrugtning.

**Kvinder, som gennemgår ovariestimulation med henblik på induktion af udvikling af flere follikler - som en del af assisteret reproduktionsteknologi:**

Ved administration af en gonadotropin-releasing-hormon agonist (GnRH-agonist) eller gonadotropin-releasing-hormon antagonist (GnRH-antagonist) opnås generelt hypofyse-nedregulering med henblik på at undertrykke det maksimale endogene LH-niveau og for at kontrollere LH-basisværdier.

I en generelt anvendt protokol begynder administrationen af Meriofert omtrent to uger efter påbegyndelse af agonistbehandlingen. Begge behandlinger fortsættes derefter, indtil tilstrækkelig follikeludvikling er blevet opnået. For eksempel administreres der 150 til 225 IE Meriofert i de første syv dage efter to uger med hypofyse-nedregulering med en agonist. Dosis justeres derefter i henhold til patientens ovarierespons.

En alternativ protokol for kontrolleret ovariehyperstimulation omfatter administration af 150 til 225 IE Meriofert dagligt begyndende på den 2. eller 3. dag af cyklus. Behandlingen fortsættes, indtil der er opnået tilstrækkelig follikeludvikling (målt ved kontrol af østrogenkoncentrationer i serum og/eller ultralyd) med en dosisjustering i henhold til patientens respons (sædvanligvis ikke højere end 450 IU daglig). Tilstrækkelig follikeludvikling opnås sædvanligvis gennemsnitligt omkring den 10. behandlingsdag (5-20 dage).

Når der er opnået et optimalt respons, administreres en enkelt injektion hCG på 5.000 IE til 10.000 IE 24 til 48 timer efter den sidste Meriofert-injektion for at inducere endelig follikelmodning.

Udtagning af æg foretages 34-35 timer senere.

Pædiatrisk population

Lægemidlet må ikke bruges til børn.

Administration

Meriofert er beregnet til subkutan og intramuskulær administration.

Pulveret bør rekonstitueres med medfølgende solvens umiddelbart inden anvendelse.

For at undgå smertefulde injektioner og minimere udsivning fra injektionsstedet, bør Meriofert administreres langsomt subkutant. Der bør skiftes mellem subkutane injektionssteder for at forebygge lipoatrofi. Enhver ubrugt opløsning skal bortskaffes.

Subkutane injektioner kan administreres af patienten selv, forudsat at lægens instruktioner og anbefalinger følges nøje.

For instruktioner om rekonstitution af lægemidlet før administration, se pkt. 6.6.

**4.3 Kontraindikationer**

* Overfølsomhed over for menotropin eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført under pkt. 6.1.
* Forstørrelse af ovarierne eller cyster som ikke er relateret til polycystisk ovariesyndrom
* Gynækologiske blødninger af ukendt årsag
* Ovarie-, uterus- eller mammacancer
* Tumorer i hypothalamus eller hypofysekirtlen

Meriofert er kontraindiceret, når et effektivt respons ikke kan opnås, f.eks.:

* Primært svigt af ovariefunktion
* Misdannede kønsorganer, uforenelige med graviditet
* Fibromer i uterus, uforenelige med graviditet

**4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen**

Især hos patienter med kendt overfølsomhed over for andre gonadotropiner, kan anafylaktiske reaktioner forekomme. Den første Meriofert-injektion skal altid gennemføres under direkte lægelig overvågning og på et sted, hvor der er udstyr til hjerte-lunge-redning.

Den første Meriofert-injektion skal gennemføres under direkte lægelig overvågning.

Selvbehandling med Meriofert-injektioner bør kun udføres af motiverede, øvede og velinformerede patienter. Før selvbehandling med injektioner, skal patienten instrueres i, hvordan en subkutan injektion udføres, og vises hvor injektionen skal gives og hvordan opløsningen, der skal injiceres, klargøres.

Før behandlingsstart skal parrets infertilitet vurderes og formodede kontraindikationer for en graviditet evalueres. Patienterne skal især undersøges for hypothyroidisme, mangel på binyrebarkhormon, hyperprolaktinæmi eller hypofyse- eller hypothalamustumorer, som behandles på passende måde.

**Ovarielt hyperstimulationssyndrom (OHSS)**

Folliklens udvikling bør vurderes ved ultralydsscanning, og østradiolkoncentrationer bør bestemmes før behandling og med regelmæssige intervaller under behandlingen. Dette er især vigtigt i begyndelsen af stimulationen (se nedenfor).

Bortset fra udviklingen af et stort antal af follikler, kan østradiolkoncentrationer stige meget hurtigt, f.eks. mere end en daglig fordobling i to eller tre på hinanden følgende dage, og muligvis nå ekstremt høje værdier. Diagnosen på en ovariehyperstimulation kan bekræftes ved ultralydsscanning. Når en sådan uønsket ovariehyperstimulation forekommer (dvs. ikke som en del af kontrolleret ovariehyperstimulation i forbindelse med et medicinsk assisteret reproduktionsprogram), bør administration af Meriofert afbrydes. I dette tilfælde bør graviditet undgås og hCG skal seponeres, fordi det, udover flere ovulationer, kan inducere et ovarielt hyperstimulationssyndrom (OHSS). Kliniske symptomer og tegn på let ovariehyperstimulationssyndrom er abdominale smerter, kvalme, diaré og mild til moderat forstørrelse af ovarier og ovariecyster. I sjældne tilfælde opstår der alvorligt ovariehyperstimulationssyndrom, som kan være livstruende. Dette er kendetegnet ved store ovariecyster (tilbøjelige til at briste), ascites, ofte hydrothorax og vægtøgning. I sjældne tilfælde kan der forekomme et venøst eller arterielt tromboembolisk tilfælde i forbindelse med OHSS (se pkt. 4.8).

Flerfoldsgraviditeter

Hos patienter som gennemgår ART-procedurer er risikoen for flerfoldsgraviditeter hovedsageligt forbundet med antallet af oplagte embryoner. Hos patienter, som gennemgår en ovulationsinducerende behandling, er forekomsten af en flerfoldsgraviditet og -fødsler øget sammenlignet med naturlig befrugtning. Størstedelen af flerfoldsbefrugtninger er tvillinger. For at minimere risikoen for flerfoldsgraviditeter, anbefales nøje overvågning af ovarierespons.

Graviditetsbortfald

Forekomsten af spontan abort er højere hos patienter, som behandles med HMG end hos den almindelige befolkning, men den er sammenlignelig med forekomsten hos kvinder med andre fertilitetsproblemer.

Ektopisk graviditet

Da infertile kvinder, som gennemgår en assisteret reproduktion og især IVF, ofte har tubale anomalier, kan forekomsten af ektopiske graviditeter være øget. Tidlig bekræftelse ved ultralydsscanning af at graviditeten er intrauterin, er derfor vigtig.

Neoplasmer i reproduktionssystem

Der er blevet rapporteret om ovarieneoplasmer og andre neoplasmer i reproduktions­systemet, både benigne og maligne, hos kvinder, som har gennemgået flere lægemiddelregimer mod infertilitet. Det er endnu ikke fastlagt om behandling med gonadotropiner øger baseline-risikoen for disse tumorer hos infertile kvinder.

Medfødte misdannelser

Forekomsten af medfødte misdannelser efter ART kan være lidt højere end efter spontan befrugtning. Dette menes at skyldes forskellene i forældrenes karakteristika (f.eks. moderens alder, sædens karakteristika) og flerfoldsgraviditeter.

Tromboemboliske tilfælde

Kvinder med de generelt kendte risikofaktorer for tromboemboliske hændelser, såsom personlig eller familiær anamnese, svær overvægt (Body Mass Index >30 kg/m2) eller trombofili, kan have øget risiko for venøse eller arterielle tromboemboliske tilfælde under eller efter behandling med gonadotropiner. Hos disse kvinder er det nødvendigt at afveje fordelene ved administration af gonadotropiner mod risiciene (se pkt. 4.8).

Yderligere oplysninger

Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. rekonstitueret opløsning, dvs. det er i det væsentlige natriumfrit.

Sporbarhed

For at forbedre sporbarheden af dette biologiske lægemidler skal det administrerede produkts navn og batchnummer tydeligt registreres.

**4.5 Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion**

Der er ikke udført interaktionsstudier med Meriofert med mennesker. Selvom der ikke er nogen klinisk erfaring, forventes det, at samtidig brug af Meriofert 75-150 IE og clomifencitrat kan øge det follikulære respons. Når GnRH-agonist bruges til hypofysedesensibilisering, kan det være nødvendigt med en højere dosis Meriofert 75-150 IE for at opnå tilstrækkeligt follikulært respons.

**4.6 Fertilitet, graviditet og amning**

Graviditet

Meriofert bør ikke anvendes under graviditet.

Ved klinisk anvendelse af gonadotropiner udvundet fra urin er der ikke rapporteret teratogene risici efter kontrolleret ovariestimulation. Til dato foreligger der ingen andre relevante epidemiologiske data.

Dyrestudier viser ingen teratogen effekt.

Amning

Meriofert bør ikke anvendes under amning.

Under amning kan udskillelse af prolaktin medføre et dårligt respons på ovariestimulation.

**4.7 Virkning på evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner**

Ikke mærkning.

Meriofert vil sandsynligvis ikke have indflydelse på patientens evne til at køre bil eller betjene maskiner.

**4.8 Bivirkninger**

Den hyppigst forekommende bivirkning i kliniske forsøg med Meriofert er (dosisrelateret) ovarielt hyperstimulationssyndrom (OHSS), som generelt er mild i sværhedsgrad med lille ovarieforstørrelse, ubehag eller smerter i maven. Der var kun ét alvorligt tilfælde af OHSS.

De mest almindelige bivirkninger med Meriofert var hovedpine og abdominal distension samt kvalme, træthed, svimmelhed og smerter på injektionsstedet.

Skemaet herunder viser de vigtigste bivirkninger (>1%) hos kvinder, som behandles med Meriofert i kliniske forsøg i henhold til systemorganklasse og hyppighed. Inden for hver hyppighedsgruppe er bivirkninger opstillet efter faldende alvorlighedsgrad.

Under hver organklasse er bivirkningerne ordnet under overskrifter med hyppighed, de hyppigste først, under anvendelse af den følgende konvention:

Meget almindelig (≥ 1/10); almindelig (≥ 1/100 til < 1/10); ikke almindelig (≥ 1/1.000 til < 1/100); sjælden (≥ 1/10.000 til < 1/1.000); meget sjælden (< 1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Systemorganklasse\*** | **Hyppighed** | **Bivirkning** |
| Nervesystemet | Meget almindeligAlmindelig | HovedpineSvimmelhed |
| Mave-tarm-kanalen | Meget almindeligAlmindelig | Abdominal distensionAbdominalt ubehag, abdominale smerter, kvalme  |
| Knogler, led, muskler og bindevæv | Almindelig | Rygsmerter, tyngdefornemmelse |
| Det reproduktive system og mammae | Almindelig | Ovarielt hyperstimulationssyndrom, smerter i bækkenet, ømhed i brysterne |
| Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet | Almindelig | Smerter på injektionsstedet, reaktion på injektionsstedet, træthed, utilpashed, tørst |
| Vaskulære sygdomme | AlmindeligSjælden | HedestigningerTromboemboliske hændelser |

\* Den mest passende MedDRA-term er benyttet til at beskrive en bestemt reaktion. Dens synonymer eller relaterede tilstande er ikke anført, men skal også tages højde for.

I publicerede studier er der set følgende bivirkninger hos patienter, som blev behandlet med humane menopausale gonadotropiner.

\* Svær ovarielt hyperstimulationssyndrom (OHSS) med markant ovarieforstørrelse og cystedannelse, akutte abdominale smerter, ascites, pleuraekssudat, hypovolæmi, chok og tromboemboliske lidelser (se også pkt. 4.4).

\* Snoning af æggestok, som regel i forbindelse med svære tilfælde af OHSS

\* Ruptur af ovariecyster med intraperitoneal blødning. Der er indberettet fatale udfald af cysteruptur.

\* Der er indberettet allergiske reaktioner med generaliserede symptomer efter behandling med gonadotropinholdige produkter (se også pkt. 4.4).

Lokale reaktioner på injektionsstedet som f.eks. smerter, rødme, blodudtrædning, hævelse og/eller irritation er forventede uønskede hændelser efter administration af gonadotropiner.

Hyppigheden af sådanne hændelser forventes at være højere ved intramuskulær administration end ved subkutan administration.

Indberetning af formodede bivirkninger

Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via:

Lægemiddelstyrelsen

Axel Heides Gade 1

DK-2300 København S

Websted: [www.meldenbivirkning.dk](http://www.meldenbivirkning.dk)

**4.9 Overdosering**

Der foreligger ingen data vedrørende akut toksicitet af menotropin hos mennesker, men det har vist sig, at den akutte toksicitet af gonadotropinprodukter udvundet af urin er meget lav i dyrestudier. En for høj dosis af menotropin kan medføre hyperstimulation af ovarierne (se pkt. 4.4).

**4.10 Udlevering**

B

**5. FARMAKOLOGISKE EGENSKABER**

**5.1 Farmakodynamiske egenskaber**

Farmakoterapeutisk klassifikation: Gonadotropiner, ATC-kode: G03GA02.

Det aktive stof i Meriofert er højoprenset humant menopausalt gonadotropin.

FSH-aktiviteten i Meriofert opnås fra urin fra postmenopausale kvinder. LH-aktiviteten opnås både fra urin fra postmenopausale kvinder og urin fra gravide kvinder. Præparatet er standardiseret til at have et FSH/LH-aktivitetsforhold på ca. 1.

I ovarierne inducerer FSH-komponenten i HMG en stigning i antallet af voksende follikler og stimulerer udviklingen af disse. FSH øger produktionen af østradiol i granulosacellerne ved at aromatisere androgener, som stammer fra tekacellerne, under påvirkning af LH-komponenten.

**5.2 Farmakokinetiske egenskaber**

Den biologiske effekt af menotropin skyldes hovedsageligt FSH-indholdet. Farmakokinetikken for menotropin efter intramuskulær eller subkutan administration viser stor inter-individuel variabilitet. Ifølge data fra studier med menotropin nås den maksimale serumkoncentration af FSH efter en enkelt injektion af 300 IE ca. 19 timer efter intramuskulær injektion og 22 timer efter subkutan injektion. De maksimale koncentrationer af FSH nåede 6,5±2,1 IE/l med en AUC0-t på 438,0 ± 124,0 IE x time/l efter i.m. administration. Efter subkutan administration nåede Cmax 7,5±2,8 IE/l med en AUC0-t på 485,0 ± 93,5 IE x time/l.

AUC- og Cmax-koncentrationerne for LH viste sig at være signifikant lavere i den subkutane gruppe sammenlignet med den intramuskulære gruppe. Dette resultat kan skyldes, at der blev detekteret meget lave koncentrationer (tæt på eller under detektionsgrænserne) i begge grupper samt en stor intra- og inter-individuel variabilitet.

Herefter falder serumkoncentrationen med en halveringstid på ca. 45 timer efter intramuskulær administration og 40 timer efter subkutan administration.

Menotropin udskilles efter administration hovedsageligt via nyrerne.

Der er ikke udført farmakokinetiske studier med patienter med lever- eller nyrefunktions­nedsættelse.

**5.3 Non-kliniske sikkerhedsdata**

Der er ikke udført ikke-kliniske studier med Meriofert.

**6. FARMACEUTISKE OPLYSNINGER**

**6.1 Hjælpestoffer**

Pulver: lactosemonohydrat

Solvens: natriumchloridopløsning og vand til injektionsvæsker

**6.2 Uforligeligheder**

Da der ikke foreligger studier af eventuelle uforligeligheder, må dette lægemiddel ikke blandes med andre lægemidler.

**6.3 Opbevaringstid**

 2 år.

Efter rekonstitution anbefales øjeblikkelig anvendelse.

**6.4 Særlige opbevaringsforhold**

Må ikke opbevares ved temperaturer over 25 °C. Opbevar hætteglasset og ampullen med solvens i den ydre karton for at beskytte mod lys.

**6.5 Emballagetype og pakningsstørrelser**

1 sæt indeholder: Pulver i hætteglas (type I-glas), forseglet med en gummiprop (af silikonebehandlet bromobutyl) og holdt på plads med et flip-off låg (aluminium og farvet plastik: 75 IE lysegrøn, 150 IE mørkegrøn) + 1 ml solvens i ampul (type I-glas).

Pakningsstørrelserne er 1, 5 og 10 sæt.

Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført.

**6.6 Regler for bortskaffelse og anden håndtering**

Opløsningen skal klargøres umiddelbart inden injektion.

Hætteglasset er kun til engangsbrug. Lægemidlet skal rekonstitueres under aseptiske forhold.

Meriofert må kun rekonstitueres med den solvens, der følger med pakningen.

Der skal forberedes en ren overflade, og hænderne skal vaskes før opløsningen rekonstitueres.

Stil de følgende genstande klar på den rene overflade:

* to spritservietter (ikke vedlagt)
* et hætteglas indeholdende Meriofert-pulver
* én ampul med solvens
* én sprøjte (ej vedlagt)
* én kanyle til klargøring af injektion (ej vedlagt)
* en tynd kanyle til subkutan injektion (ej vedlagt)

Rekonstitution af pulveret til opløsningen til injektion

Åbn ampullen med solvens, indeholdende den klare væske.

Der er et farvet mærke på halsen af ampullen med solvens:

Ved dette mærke er halsen på ampullen særligt designet, så det er lettere at bryde den. Bank let mod toppen af ampullen for at fjerne eventuel væske, der stadig sidder i toppen. Klem med ét fast tryk over ampullens hals og knæk den mens det farvede mærke løftes op. Placer den åbne ampul forsigtigt på den rene arbejdsoverflade.

Opsugning af solvens:

Sæt kanylen til rekonstitution (den lange nål) på sprøjten. Hold sprøjten i den ene hånd, hold den åbne ampul med solvens i den anden, stik kanylen ned i ampullen, og sug forsigtigt hele ampullens indhold op. Sæt beskyttelseshætten på kanylen og placer sprøjten meget forsigtigt på arbejdsfladen og undgå at berøre kanylen.

Klargøring af opløsningen til injektionen:

1. Fjern aluminiumslåget fra hætteglasset med Meriofert-pulver og desinficer gummidelen af proppen med spritservietten.
2. Tag sprøjten op og injicerer langsomt solvensen ned i hætteglasset gennem gummiproppen.
3. Rul hætteglasset forsigtigt mellem hænderne indtil pulveret er fuldstændigt opløst, og vær opmærksom på, at der ikke dannes skum.
4. Når pulveret er opløst (sker som regel øjeblikkeligt), så træk langsomt opløsningen ind i sprøjten.

Ved rekonstitution af mere end 1 hætteglas med Meriofert trækkes det rekonstituerede indhold af det første hætteglas tilbage i sprøjten og sprøjtes langsomt ned i det andet hætteglas, når trin 1-4 er gentaget.

Hvis der anvendes flere hætteglas, vil mængden af menotropin i 1 ml rekonstitueret opløsning være:

|  |
| --- |
| **Meriofert 75 IE, pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning**  |
| Antal anvendte hætteglas | Samlet mængde menotropin i 1 ml af opløsningen |
| 1 | 75 IE |
| 2 | 150 IE |
| 3 | 225 IE |
| 4 | 300 IE |
| 5 | 375 IE |
| 6 | 450 IE |

|  |
| --- |
| **Meriofert 150 IE, pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning**  |
| Antal anvendte hætteglas | Samlet mængde menotropin i 1 ml af opløsningen |
| 1 | 150 IE |
| 2 | 300 IE |
| 3 | 450 IE |

Opløsningen skal være klar og farveløs.

Bortskaffelse af alle brugte genstande:

Ikke anvendt lægemiddel samt affald heraf skal bortskaffes i henhold til de lokale krav (når injektionen er afsluttet, skal alle kanyler og tomme sprøjter bortskaffes i en egnet beholder).

**7. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN**

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l

Via Martiri di Cefalonia 2

26900 Lodi

Italien

**8. MARKEDSFØRINGSTILLADELSESNUMMER (-NUMRE)**

75 IE: 56093

150 IE: 56094

**9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLADELSE**

5. februar 2015 (Meriofert Set)

**10. DATO FOR ÆNDRING AF TEKSTEN**

9. juli 2024