

A photograph of an elderly man with a grey beard and hair, wearing a white hospital gown, sitting up in a hospital bed. He is looking off to the side with a thoughtful expression. In the background, there is a medical stand with an IV drip and a monitor. The scene is brightly lit, typical of a hospital room.

O singură administrare de FIER i.v.*
ÎNCĂ UN PACIENT gata de operație!

Pacienții chirurgicali cu anemie preoperatorie pot necesita mai multe unități de sânge intra-operator și pot avea o evoluție nefavorabilă post-operator¹

Patient Blood Management (PBM= Gestionarea sângelui pacientului) este un program centrat pe necesitățile pacientului, cu scopul de a reduce transfuziile sanguine și de a îmbunătăți prognosticul și siguranța pacientului²

Ministerul Sănătății - MS - Ghid din 28 septembrie 2018

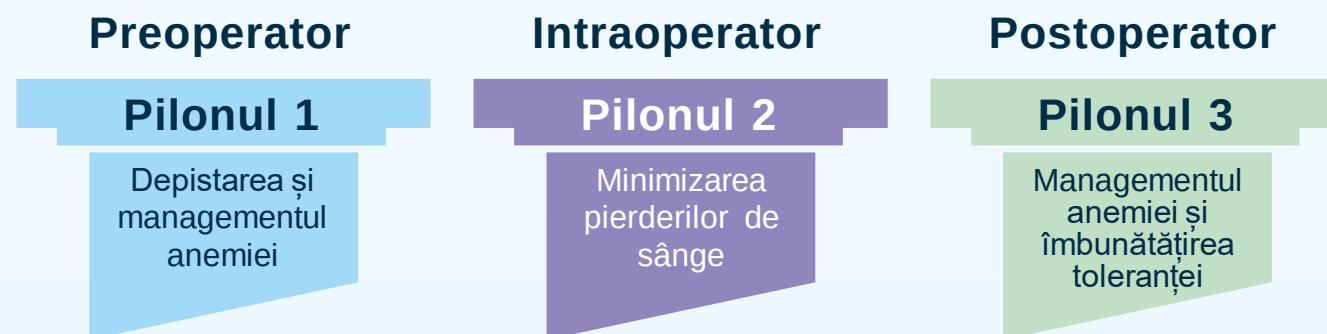
Ghidul de gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie, din 28.09.2018

În vigoare de la 17 octombrie 2018

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 877 din 17 octombrie 2018. Formă aplicabilă la 22 octombrie 2018.

Încă din 2010, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a recomandat utilizarea judicioasă a produselor sanguine, introducerea unor soluții alternative la terapia transfuzională și implementarea programelor de gestionare a sângelui pacientului (PBM - Patient Blood Management)³.

PBM este un concept proactiv, multidisciplinar, multimodal, centrat pe necesitățile pacientului, care include depistarea și tratamentul anemiei, optimizarea hemostazei, minimizarea pierderilor de sânge, utilizarea rațională a produselor de sânge și creșterea toleranței la anemie, în scopul îmbunătățirii prognosticului pacientului^{4,5,6}. **În prezent, PBM reprezintă un nou standard de calitate și siguranță a îngrijirii pacientului⁷. Ignorarea acestui standard reprezintă un tratament suboptimal⁸.**



1. Thomson A et al. ISBT 2009;4:423-435. 2. Klein AA et al. Anaesthesia 2016;71:829-842 3. OMS. Global Forum for Blood Safety: Patient Blood Management: Priorities for Action. http://www.who.int/bloodsafety/collaboration/who_gfbs_2011_03_priorities_for_action.pdf?ua=1h 4. Meybohm P, Richards T, Isbister J, Hofmann A, Shander A, Goodnough LT et al. Transfus Med Rev. 2017 Jan;31(1):62-71. 5. Vaglio S, Prisco D, Biancofiore G, Rafanelli D, Antonioli P, Lisanti M, et al. Blood Transfus 2016;14:23-65. 6. Gombotz H, Zacharowski K, Spahn DR. Patient Blood Management: Individual Treatment Concept to Reduce and Avoid Anemia. Stuttgart, Thieme, 2013. 7. Zacharowski K, Spahn DR. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2016 Jun;30(2):159-169. 8. Spahn DR, Zacharowski K. Br J Anaesth 2015;115:1e3.

PBM este un concept proactiv, multidisciplinar, multimodal, centrat pe necesitățile pacientului, care include depistarea și tratamentul anemiei, optimizarea hemostazei, minimizarea pierderilor de sânge, utilizarea rațională a produselor de sânge și creșterea toleranței la anemie, în scopul îmbunătățirii prognosticului pacientului*

PBM - Ghidul Românesc*

Obiectivele programului

- Îmbunătățirea prognosticului pacienților prin:
 - a) evaluarea și tratamentul anemiei perioperatorii;
 - b) evaluarea și tratamentul tulburărilor de coagulare;
 - c) reducerea transfuziei care nu este necesară și, implicit,
 - d) reducerea complicațiilor infecțioase și noninfecțioase asociate transfuziei.
- Asigurarea **produselor de sânge pentru cei care necesită transfuzie în mod real;**
- **Scăderea costurilor** îngrijirii pacienților în spital

Optimizarea masei eritrocitare – tratamentul cu fier

- La pacienții cu deficit absolut sau funcțional de fier, **anemici sau nu**, este recomandată **administrarea preoperatorie de fier pe cale intravenoasă (i.v.).**
- Fierul iv trebuie administrat, **ideal, cu 5-21 zile înaintea unei operații;** în cazul în care acest lucru nu este posibil, se poate încerca eritropoieza de salvare, iar fierul i.v. **poate fi administrat până la (și inclusiv în) ziua dinaintea operației.**
- **Scopul administrării de fier este corectarea deficitului de fier**, pentru a asigura, prin optimizarea hemoglobinei, reducerea necesarului de transfuzii.
- **Fierul administrat pe cale orală**, la pacienții care nu au contraindicații, **corectează** eficient deficitul de fier și anemia, dar după un interval de ordinul lunilor, deci **prea lent pentru majoritatea situațiilor operatorii.** Luând în considerație efectele adverse ale terapiei orale cu fier și aderența redusă a pacienților la tratamentul cu fier pe cale orală, **calea intravenoasă este preferată preoperator.**
- **Preparatele de fier pentru administrare intravenoasă mai vechi** nu permit decât administrarea unor **cantități mici de fier într-o singură priză** (200 mg fier elemental), în timp ce **preparatele mai noi** pot fi administrate în **doze mari pe priză** (500-1000 mg), cu corectarea deficitului de fier într-una sau două prize. În condițiile unui profil de siguranță asemănător, **preparatele de fier noi sunt preferate la pacienții chirurgicali.**

*Ghidul de gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie, din 28.09.2018, elaborat de Ministrerul Sănătății din România, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 877 din 17 octombrie 2018. Formă aplicabilă la 22 octombrie 2018.

Transfuziile sanguine pot fi riscante pentru pacienți¹⁴

Riscuri asociate cu transfuziile sanguine:

Deși transfuziile sanguine corectează concentrația Hb, ele nu tratează cauza anemiei peroperatorii⁴



Infecții bacteriene severe¹



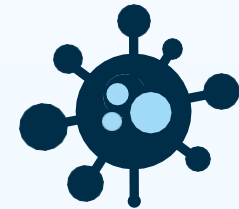
Transfuzii incorecte²



Impact negativ asupra sistemului imunitar²



Reacții asociate transfuziilor de sânge³



Contaminare cu HIV, boala Creutzfeld-Jakob, cancer cu punct de plecare sanguin¹

1. Bihl F. et al. Journal of Translational Medicine 2007;5:25. 2. Bolton-Maggs PH, et al. Br J Haematol. 2013;163:303-3141.
3. Hendrickson JE, Hillyer, CD. Anesth Analg 2009;108:759-69. 4. Froessler et al. Ann Surg. 2016;264(1):41-46.

Prevalența
medie a anemiei
preoperatorii³

35%

Anemia preoperatorie se asociază cu următoarele:

Crește riscul de
leziuni renale de **4 ori**
(OR=3.75, $P<0.001$)²

Crește numărul de
transfuzii de **4 ori**
(18.5 vs 4.7, $P<0.01$)²

Crește riscul de
mortalitate de **3 ori**
(OR=2.9, $P<0.001$)²



Crește numărul de
accidente vasculare
cerebrale¹

Crește durata de
spitalizare cu **22%**
(11 vs. 9 zile, $p=0.0001$)¹

Crește riscul de
infecție de **2 ori**
(OR=1.93, $P=0.01$)²

Tratamentul anemiei prin deficit de fier trebuie sa înceapă cât de repede, înainte de intervenția chirurgicală¹



Screeningul pentru anemie și deficit de fier trebuie sa facă parte din rutină la pacientul chirurgical



Administrarea de fier i.v. trebuie luată în considerare dacă intervenția chirurgicală este programată mai repede de 6 săptămâni, sau pacientul nu tolerează fierul oral¹



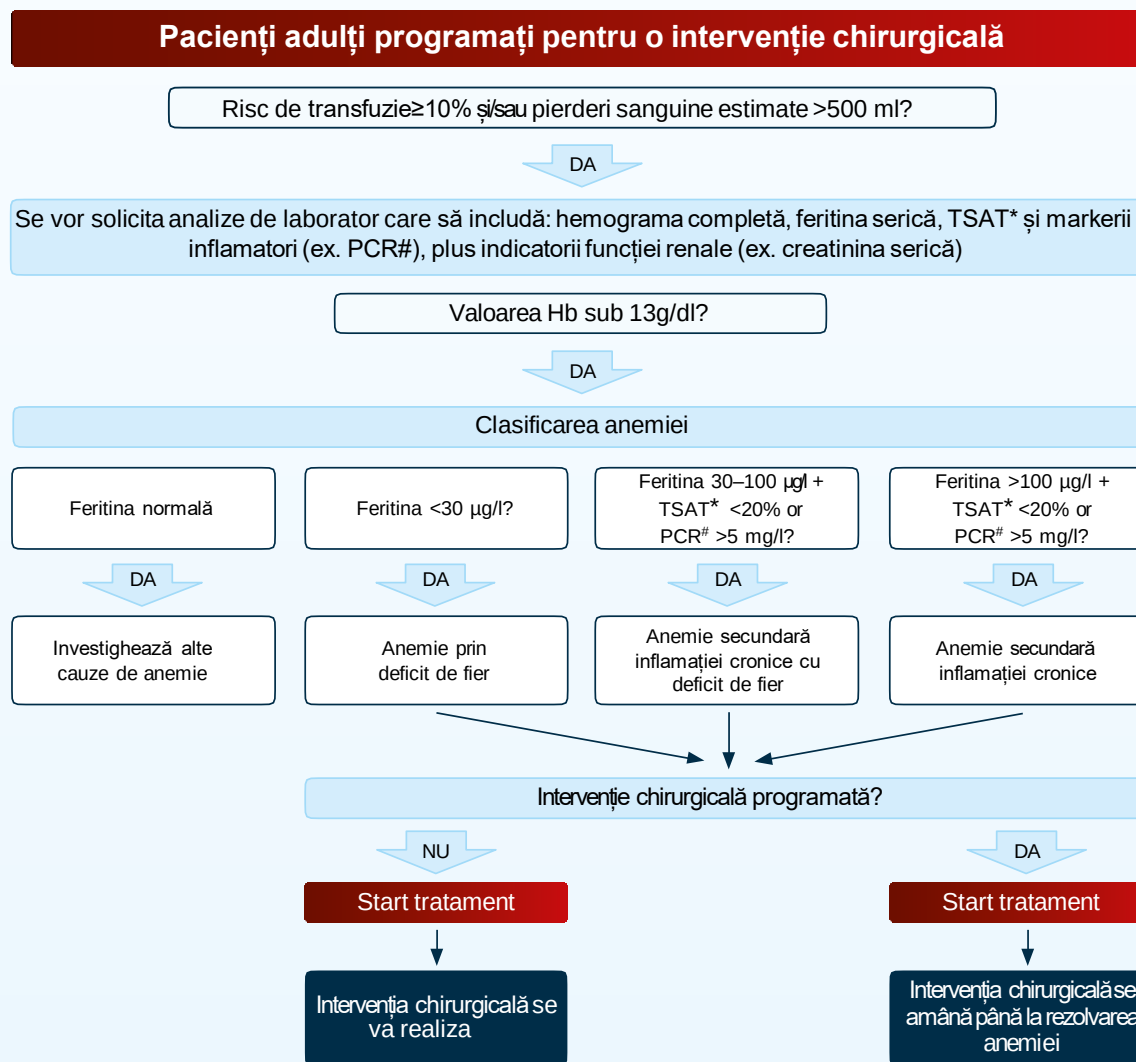
Fierul oral este recomandat numai dacă pacientul tolerează preparatul și este timp suficient până la intervenție (minim 6-8 săptămâni)¹

Tratamentul preoperator al anemiei trebuie să înceapă imediat, indiferent cât de puțin timp ar fi până la intervenția chirurgicală²
- Nu este niciodată prea târziu³

1. Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247. 2. Gómez-Ramírez S et al. Vox Sang. 2018 Nov 9. doi: 10.1111/vox.12718. 3. Johanson P et al. Vox Sanguinis 2015;109:257-266.

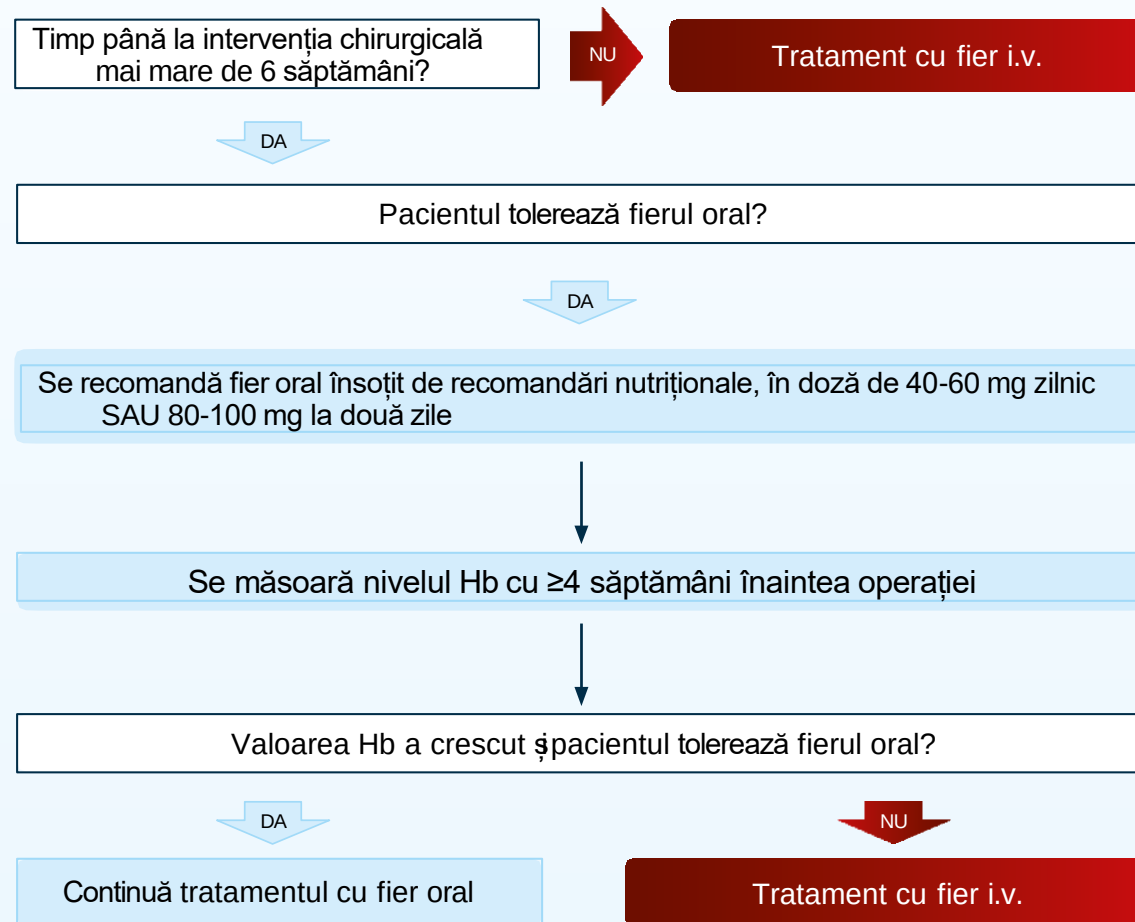
Diagnosticul anemiei preoperatorii¹

Femeile cu valori ale Hb de 12 g/dl preoperator au un risc dublu de a necesita o transfuzie, comparativ cu bărbații cu valori ale Hb de 13 g/dl. O valoare de referință a Hb de 13 g/dl este recomandată pentru ambele sexe¹



Managementul preoperator al **pacienților cu anemie** prin deficit de fier¹

Administrarea de fier i.v. este recomandată dacă intervenția chirurgicală este programată în mai puțin de 6 săptămâni de la diagnosticarea deficitului de fier¹

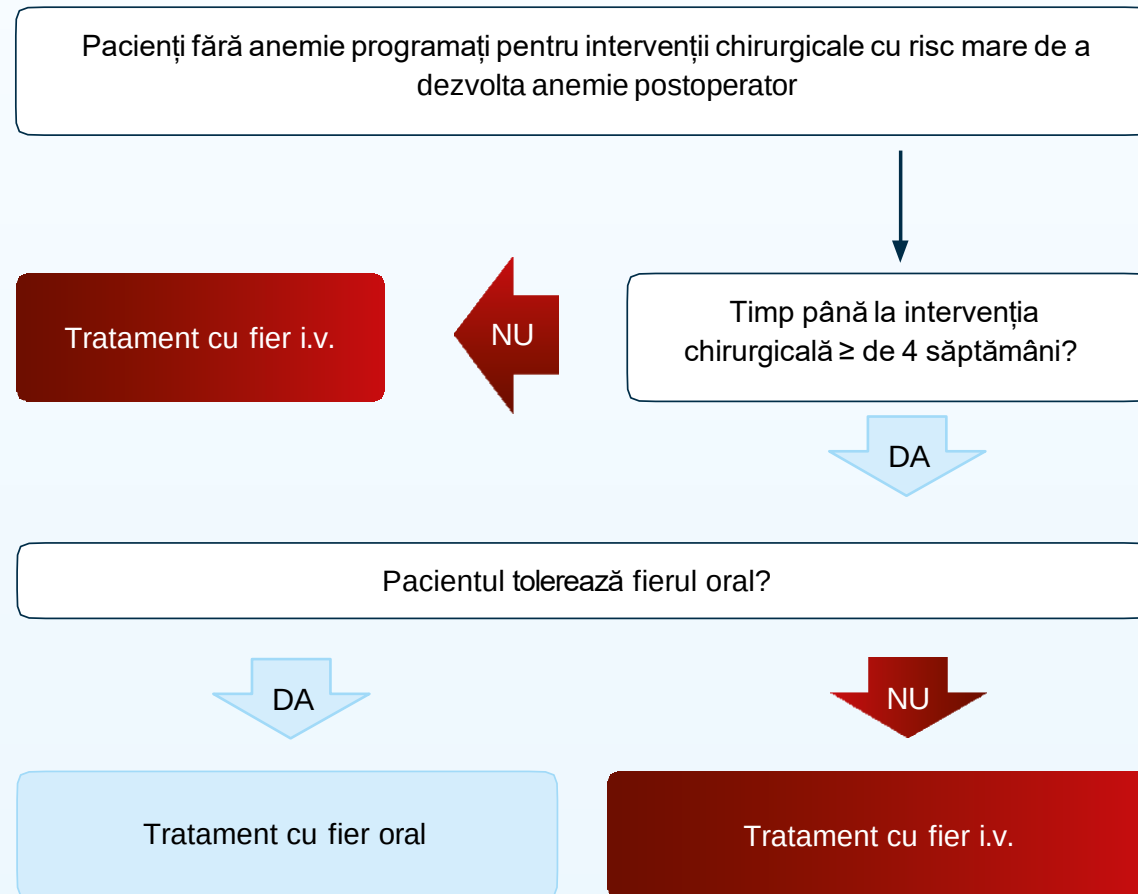


Adaptat după data in Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247.

1. Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247.

Managementul preoperator al **pacienților fără anemie** prin deficit de fier¹

Fierul i.v. este considerat eficient și bine tolerat, și trebuie utilizat ca terapie de primă linie pentru pacienții care nu răspund sau nu tolerează terapia cu fier oral¹



Adaptat după data in Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247.

1. Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247.

Care este necesarul de fier al pacienților?

O unitate de sânge
conține doar
250 mg
de fier

Pentru o corecție cu
>1 g
de fier sunt necesare
minim

4 unitați



de sânge.¹

Pacient cu cancer colorectal[^]

Bărbat
52 ani
69 kg



Hb. 10,4 g/dl

Necesar de fier:
1000 mg*

Pacient cu bypass cardiac[^]

Bărbat
69 ani
75 kg



Hb: 10,7 g/dl

Necesar de fier:
1500 mg*

Pacientă - chirurgie bariatrică[^]

Femeie
35 ani
117 kg



Hb: 9,8 g/dl

Necesar de fier:
2000 mg*

Corectarea întregului deficit de fier necesită:

Administrarea de fier
oral pentru minim 6-8
săptămâni² sau
1 administrare de
Monofer preoperator

Administrarea de fier
oral pentru minim 6-8
săptămâni² sau
1 administrare de
Monofer preoperator

Administrarea de fier
oral pentru minim 6-8
săptămâni² sau
1 administrare de
Monofer preoperator

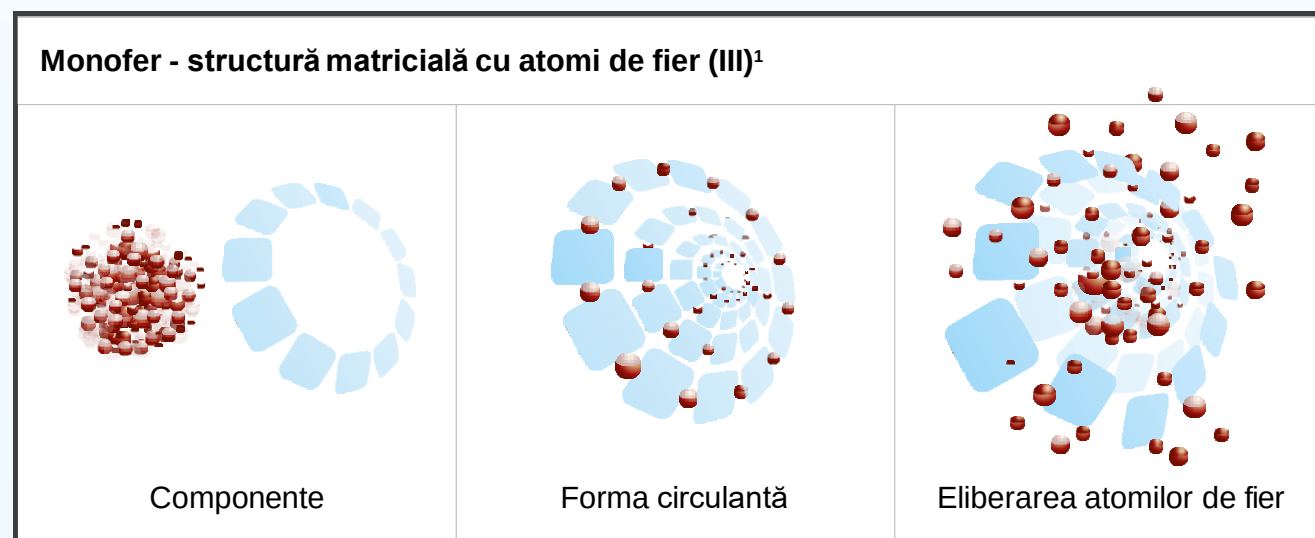
[^]Cazuri ipotetice de pacienți. *Doza de fier este calculată conform tabelului simplificat de calculare a dozelor.

1. Remacha A, et al. Blood Transfus 2013;11:128-39 2. Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247.

Monofer: fierul i.v. cu o structură matricială unică, inovatoare¹

Monofer se caracterizează prin legarea strânsă a fierului la nivelul structurii matriciale și eliberarea sa controlată, cu risc minim de apariție a fierului liber²

Monofer asigură rapid și convenabil corectarea deficitului de fier într-o singură administrare¹



Adaptat după Kalra PA et al. JPNH 2012; 26:13–24

NU toate preparatele cu fier i.v. sunt la fel!³

Cum administrăm Monofer?^{1,2}



■ Până la 20 mg/kg într-o singură administrare

Schemă simplificată necesar de fier¹:

Hb (g/Dl)	50 kg – 70 kg	≥ 70 kg
>10	1000 mg	1500 mg
≤ 10	1500 mg	2000 mg

■ În perfuzie cu diluție în NaCl 0,9% exclusiv¹:

Exemplu de diluție^{**}:

≤ 1000 mg în 100 ml NaCl 0,9% ≥ 30 minute

> 1000 mg* în 100 ml NaCl 0,9% ≥ 30 minute



*Dacă necesarul de fier depășește 20 mg/kg, administrați maximul dozei la prima vizită

- În funcție de contextul clinic, a doua administrare se poate face după ce sunt disponibile rezultatele testelor de laborator

^{**}În majoritatea studiilor clinice Monofer a fost diluat în 100 ml soluție salină³

Fierul IV trebuie administrat numai în prezența personalului instruit și când pacientul poate fi observat pentru minim 30 de minute după administrare



Pacienți chirurgicali tratați cu Monofer preoperator se recuperează mai repede comparativ cu placebo¹

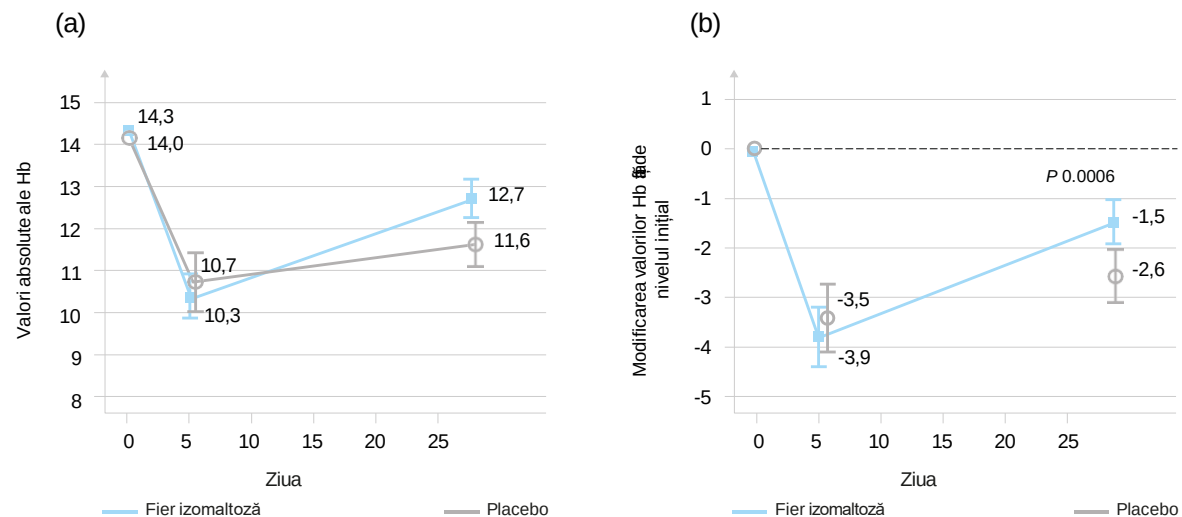


Pacienții cardiaci

Administrarea Monofer cu 1 zi înainte, sau chiar în ziua intervenției chirurgicale, poate ajuta la refacerea rapidă a nivelului Hb¹

Pacienții tratați cu 1.000 mg Monofer au avut scăderi semnificativ mai mici ale concentrației Hb în săptămâna 4 vs. nivelul inițial, comparativ cu placebo¹

Valorile Hb (analiza per protocol)



Adaptat după Johansson P et al. Vox Sanguinis 2015;109:257–266. Fig. 2c, 2d

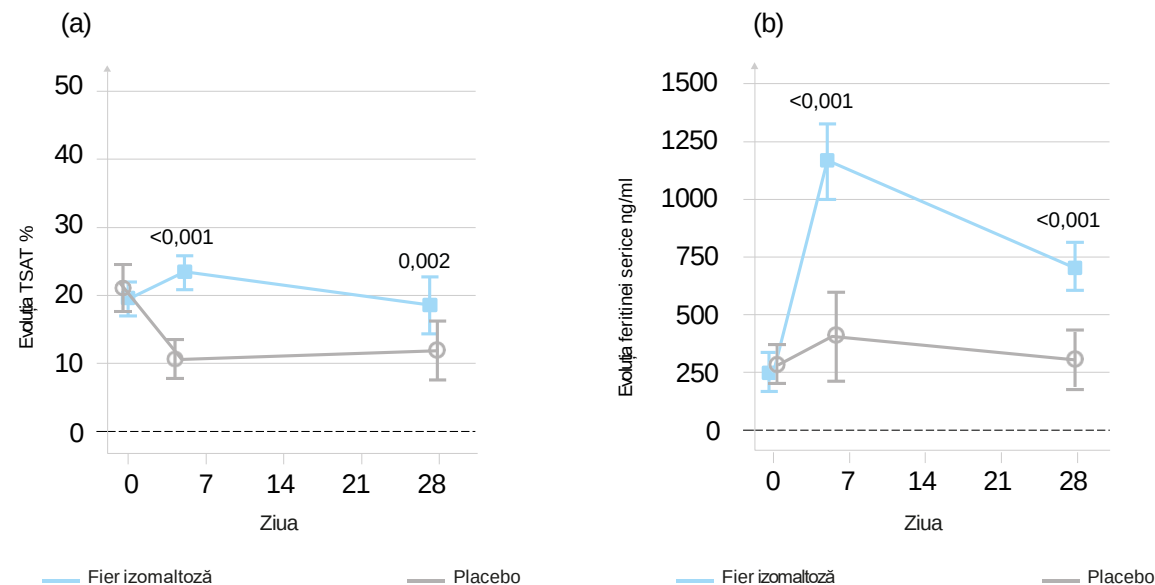
PROTECT: Studiu prospectiv, comparativ, dublu-orb, controlat placebo care a inclus 60 pacienți fără anemie, supuși unei intervenții chirurgicale cardiace.

Monofer menține depozitele de fier la pacienții chirurgicali¹

Pacienții tratați cu 1.000 mg Monofer au experimentat o creștere semnificativă a feritinei serice și TSAT* de la nivelul inițial la ziua 5 și în săptămâna 4, comparativ cu placebo¹



Valorile feritinei serice și TSAT*



Adaptat după Johansson P et al. Vox Sanguinis 2015;109:257-266. Fig. 2c, 2d

Design-ul studiului de la referința 1: PROTECT a fost un studiu prospectiv, dublu orb, comparativ, controlat placebo (N=60).

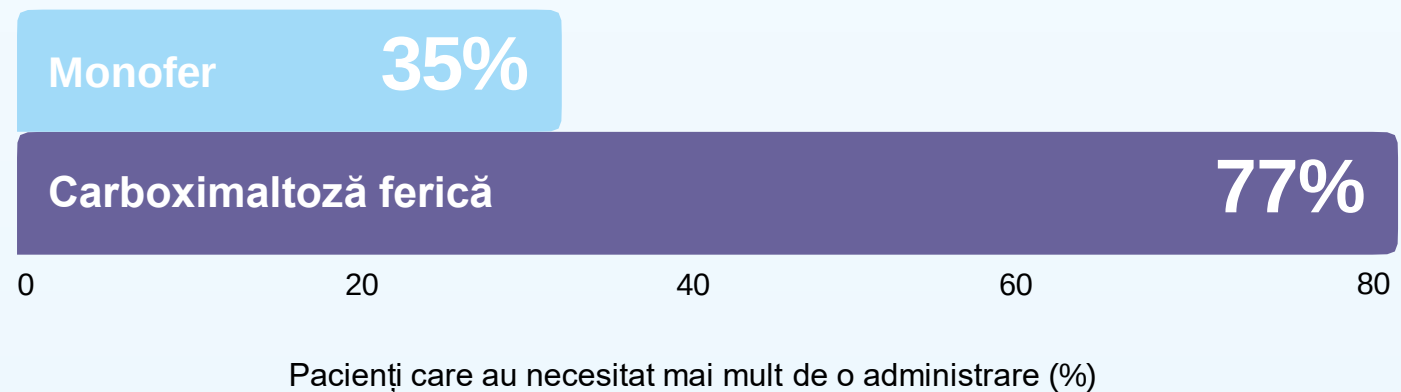
*TSAT = coeficientul de saturație a transferinei serice; 1. Johansson P et al. Vox Sanguinis 2015;109:257-266



Monofer oferă avantajul unui număr mai mic de administrări¹

La fiecare 2,35 de pacienți tratați cu Monofer în loc de carboximaltoză ferică, evitați 1 administrare suplimentară de fier i.v.¹

Analiză de impact bugetar al produselor cu fier i.v. pentru tratamentul anemiei prin deficit de fier din Marea Britanie¹



1. Pollock RF, Maduma G. Clinicoecon Outcomes Res. 2017;9:475-483.

Monofer -
oportunitatea
de a corecta
întregul deficit de
fier cu o singură
administrare^{1,2}

Monofer - fierul i.v. care oferă beneficii pentru medic, spital și pacient³⁻⁵



Pentru Medic

- Optimizează recuperarea pacientului după intervenția chirurgicală³
- Reduce durata de spitalizare și numărul transfuziilor sanguine^{3,4}



Pentru Spital⁵

- Mai puține internări
- Mai puțin timp alocat de medici/asistente pentru tratament
- Îmbunătățirea managementului pacienților ambulatori
- Îmbunătățirea parametrilor de cost-eficiență



Pentru Pacient⁵

- Mai puțin timp petrecut la spital
- Mai puține injecții
- Expunere mai mică la potențiale efecte secundare

1. Kalra PA et al. PJNH 2012;26:13-24. 2. Jahn MR et al. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics 2011;78:480-491. 3. Froessler et al. Ann Surg. 2016;264(1):41-46. 4. Calleja et al. Int J Colorectal Dis. 2016;31:543-551. 5. Kalra P, Bhandari S. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2016;9:53-64



>11 Mil.

doze* administrate
după punerea
pe piață¹¹



>6000

de pacienți tratați în
peste 20 de studii
clinice¹¹

Monofer - profil de siguranță favorabil dovedit²⁻⁹

În studiul PROTECT (chirurgie cardiacă), toate efectele adverse observate atât în brațul cu **Monofer**, cât și în cel cu placebo, au fost considerate ca neavând legătură cu medicamentul de studiu.⁸

Incidență scăzută a
efectelor adverse¹⁻⁸
și bine tolerat în
general⁹

Fără efecte
adverse
dependente de
doză³⁻⁵

Incidență scăzută a
hipofosfatemiei
comparativ cu alte
produse cu fier i.v.¹⁰

Frecvență scăzută a
reacțiilor severe de
hipersensibilitate^{3,7,9}

*Definite ca doze de 100 mg.

1. Hildebrandt PR, et al. Transf Altern Transf Med. 2010;11:127-163. 2. Wikström B, et al. J Nephrol. 2011;24:589-596. 3. Reinisch W, et al. Am J Gastroenterol. 2013;108:1877-1888. 4. Kalra P, et al. Nephrol Dial Transplant. 2015;0:1-10. 5. Bhandari S, et al. Nephrol Dial Transplant. 2015;30:1577-1589. 6. Birgegård G, et al. Pharmacotherapy. 2016;36:402-414. 7. Reinisch W, et al. Scand J Gastroenterol. 2015;21:1-8. 8. Johansson P et al. Vox Sang. 2015;109:257-266. 9. Monofer® SPC. 10. Zoller H et al. Curr Op Neph. 2017;26(4):266-275. 11. Data on file

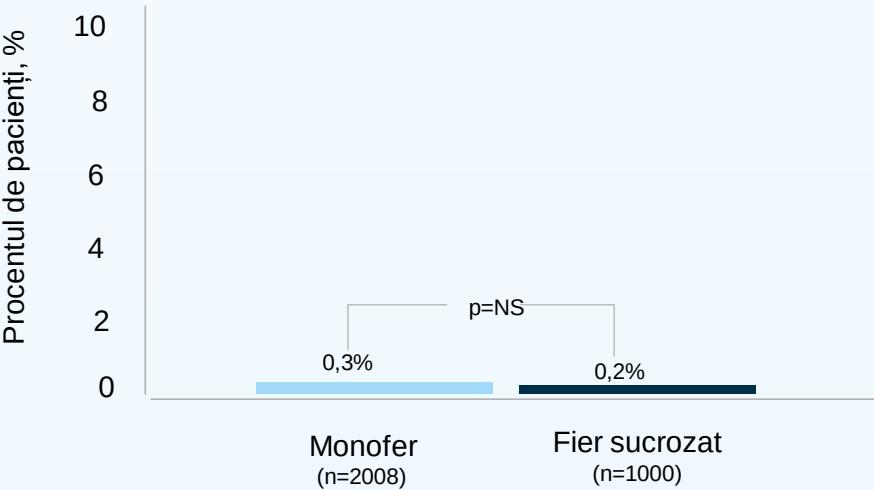
Programul de studii clinice FERWON^{1,3}

- Două studii clinice randomizate controlate (RCT) care au inclus >3000 pacienți
 - FERWON-IDA
 - FERWON-NEPHRO
- Studii de comparație directă între Monofer și fier sucrozat
 - Monofer 1000 mg
 - Fier sucrozat 200 mg de până la 5 ori în interval de 2 săptămâni
- Obiective primare combinate, de eficacitate și siguranță:
 - Incidența reacțiilor grave sau severe de hipersensibilitate
 - Modificarea valorilor Hb

Risc scăzut de reacții grave de hipersensibilitate: **Monofer** comparativ cu fierul sucrozat¹⁻³

- Programul de studii clinice FERWON - studii concepute specific și cu puterea statistică necesară pentru a investiga incidența reacțiilor grave sau severe de hipersensibilitate¹⁻³
- Evenimentele adverse au fost determinate și confirmate de un comitet pentru siguranță independent, în regim orb¹⁻³

Incidența reacțiilor de hipersensibilitate grave sau severe^{3*}



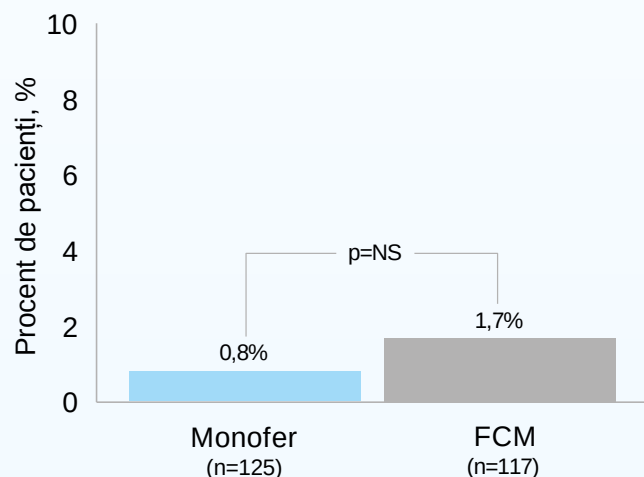
Grafic realizat de Pharmacosmos conform datelor din Wolf M et al.³

^{*}Studiile randomizate controlate individuale nu au constatat nicio diferență semnificativă între grupurile tratate cu Monofer, respectiv sucroză ferică sub aspectul incidenței reacțiilor grave sau severe de hipersensibilitate^{1,2}
Hb=hemoglobină; RCT, studiu clinic randomizat controlat

1. Auerbach M et al. *Am J Hematol* 2019;94:1007–1014. 2. Bhandari S et al. *Nephrol Dial Transplant* 2020; doi: 10.1093/ndt/gfaa011 [Epub ahead of print].
3. Wolf M et al. *Am J Hematol*. 2020; DOI: 10.1002/ajh.26015 [Epub ahead of print].

Risc scăzut de reacții grave de hipersensibilitate: Monofer comparativ cu carboximaltoză ferică (FCM)^{1,2}

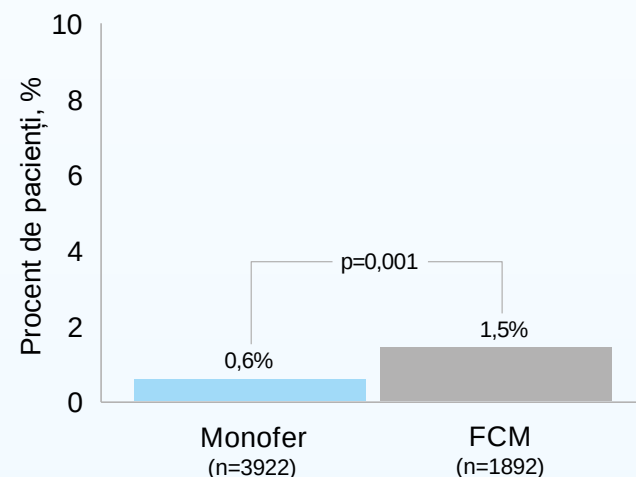
Incidența reacțiilor de hipersensibilitate grave sau severe^{1,2}



Grafic realizat de Pharmacosmos conform datelor din Wolf M et al.¹

Studii clinice randomizate controlate (PHOSPHARE). Comparatie directă între Monofer (1000 mg) și FCM (2x750 mg*) în două RCT cu același design, incluzând 245 de pacienți cu anemie prin deficit de fier. Durată de 5 săptămâni. Obiectivul primar: Incidență semnificativ mai scăzută a hipofosfatemiei (nivelul fosfatului seric <2,0 mg/dl [$<0,65$ mmol/l]) cu Monofer, comparativ cu FCM în orice moment de la momentul inițial până în ziua 35 (8,0% comparativ cu 74,4%; $p<0,001$; set de analiză de siguranță)¹⁻³

- Programul de studii clinice PHOSPHARE – primele RCT publicate care au realizat comparația directă între Monofer și FCM¹



Grafic realizat de Pharmacosmos conform datelor din Pollock RF & Biggar P.²

Analiza combinată a >5800 pacienți din studii prospective cu anemie prin deficit de fier. Reacțiile grave sau severe de hipersensibilitate au fost colectate utilizând SMQ.[†] S-au adoptat trei abordări statistice: inferența bayesiană (analiza primară); combinare nediferențiată (ilustrată mai sus) și comparația indirectă a tratamentului. Analiza primară a arătat că probabilitatea de a dezvolta orice reacție gravă de hipersensibilitate în grupurile SMQ a fost cu 59% mai scăzută în grupul tratat cu Monofer față de cel cu FCM. Analiză: Analiză combinată nediferențiată; test Fisher exact²

- Aplicând trei abordări statistice diferite s-au obținut în mod constant rezultate care indică o incidență mai scăzută a reacțiilor grave sau severe de hipersensibilitate cu Monofer comparativ cu FCM²

*Administrare la interval de 7 zile, posologiei aprobată de FDA¹

[†]SMQ pentru reacții anafilactice și reacții respiratorii, cutanate și cardiovasculare care ar putea fi asociate cu hipersensibilitatea^{2,4} FCM, carboximaltoză ferică; FDA, Agenția Alimentelor și Medicamentelor (Food and Drug Administration);

RCT, studiu clinic randomizat controlat; SMQ, Instrument standard de interogare MedDRA (Standardised MedDRA Query).

1. Wolf M et al. JAMA 2020;323:432–443. 2. Pollock RF & Biggar P. Exp Rev Hematol 2020;13:187–195. 3. Wolf M et al. JAMA 2020;323:432–443 (supplementary data).

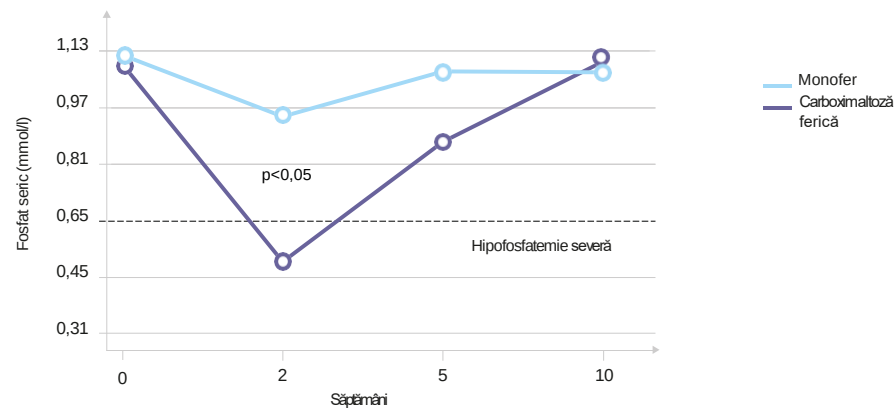
4. US FDA CDER. Application number: 203565Orig1s000. Medical review. 21 July 2013.

Monofer NU s-a asociat cu apariția cazurilor clinice de hipofosfatemie¹

Hipofosfatemia poate afecta pacienții când sunt foarte vulnerabili.²

La pacienții afectați, hipofosfatemia este cea mai pronunțată la 2 săptămâni după administrarea de fier i.v.³, când aproximativ 50% dintre pacienții cu anemie au trecut deja de intervenția chirurgicală⁴

Nivelul fosfatului seric²



Adapted from Bager P, et al. *Br J Clin Pharmacol*. 2017.

Niciun pacient tratat cu Monofer nu a dezvoltat hipofosfatemie severă²

În acest studiu retrospectiv, cei 32 de pacienți au servit drept referință pentru ei înșiși, fiind tratați atât cu Monofer cât și cu carboximaltoză ferică²

1. Zoller H et al. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2017;26(4):266-275. 2. Bager P, et al. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(5):1118-1125.

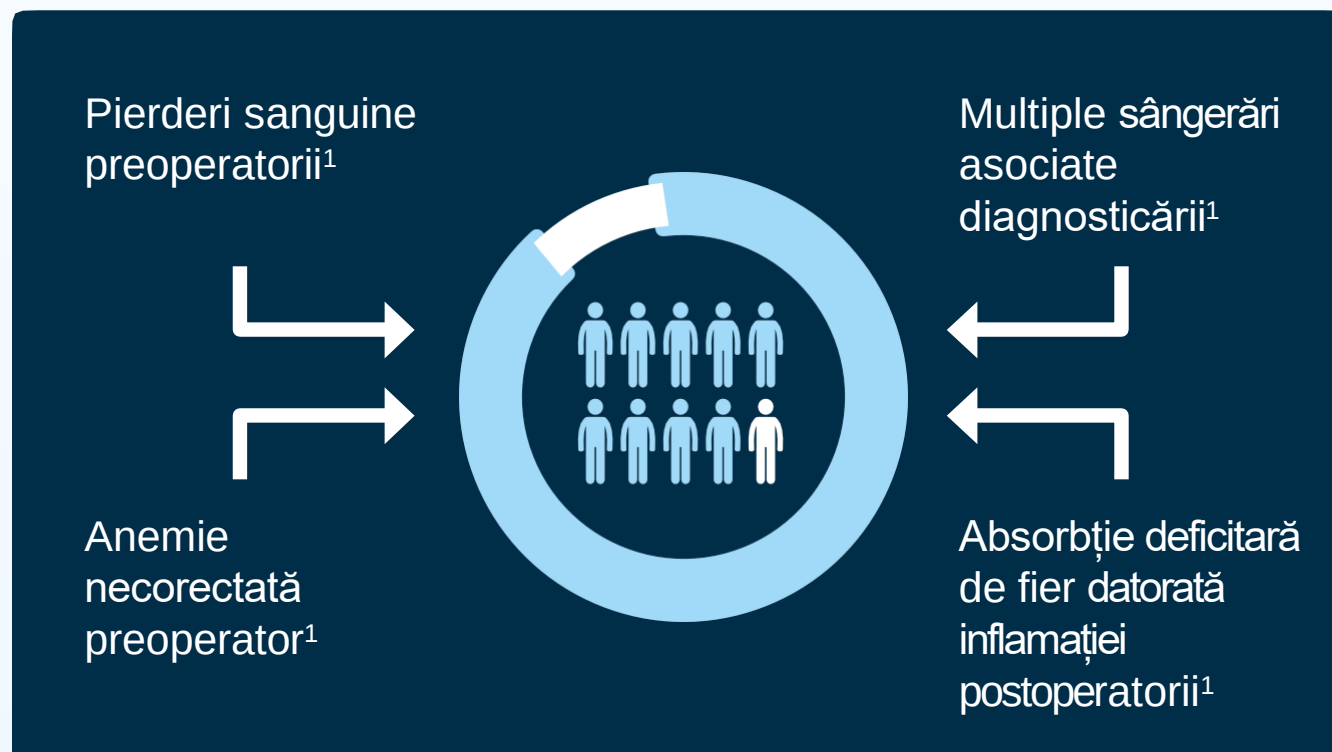
3. Wolf M, et al. *JMBR* 2013;28(8):1793-1803. 4. NHS BT National Comparative Audit of Blood Transfusion 2015; available at:

<http://hospital.blood.co.uk/audits/national-comparative-audit/national-comparative-audit-reports/>



Anemia Postoperatorie

Până la 90% dintre pacienții care au suferit o intervenție chirurgicală majoră sunt anemici imediat postoperator¹



Anemia postoperatorie trebuie detectată și tratată cât mai curând posibil, pentru a evita sau reduce numărul de transfuzii și pentru a grăbi recuperarea funcțională²

1. Munoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233-247. 2. Gómez-Ramírez S et al. Vox Sang. 2018 Nov 9. doi: 10.1111/vox.12718.

Corectarea anemiei

- Niciodată nu este prea târziu!¹

1

Corectarea rapidă și
convenabilă a
fierului într-o singură
administrare^{2,3}



Unicul preparat de
fier i.v. care poate
fi administrat într-o
singură doză mai mare
de 1.000 mg²



Un profil de siguranță
favorabil dovedit, bine
tolerat de toate tipurile
de pacienți⁴

1. Johansson P et al. Vox Sanguinis 2015;109:257-266. 2. Kalra PA et al. PJNH 2012;26:13-24. 3. Jahn MR et al. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics 2011;78:480-491. 4. Kalra PA et al. Int J Nephro Renov. 2016;9:53-64

Acest material promoțional este dedicat exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

Protecția datelor cu caracter personal: Ewopharma prelucrează datele cu caracter personal ale profesioniștilor din domeniul sănătății pentru scopurile și în condițiile descrise în nota de informare disponibilă la adresa <https://www.ewopharma.ro/politica-de-confidentialitate/>



Ewopharma România SRL

Bdul Primaverii Nr. 19-21, Etaj 1, sector 1, 011972 Bucuresti

T: +4021 260 1344 | Fax: +4021 202 9327

Farmacovigilenta: +40374 204 839

info@ewopharma.ro | pharmacovigilance@ewopharma.ro

Consultați Rezumatul
Caracteristicilor
Produsului



PHARMACOSMOS