

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Meriofert 75 UI polvo y disolvente para solución inyectable
Meriofert 150 UI polvo y disolvente para solución inyectable

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada vial contiene polvo liofilizado con 75 UI de actividad de hormona foliculoestimulante (FSH) humana y 75 UI de actividad de hormona luteinizante (LH) humana.

La gonadotropina menopáusica humana (HMG) es extraída de la orina de mujeres post menopáusicas. Se añade gonadotropina coriónica humana (hCG), extraída de la orina de mujeres embarazadas, para contribuir a la actividad de LH total.

Cada vial contiene polvo liofilizado con 150 UI de actividad de hormona foliculoestimulante (FSH) humana y 150 UI de actividad de hormona luteinizante (LH) humana.

La gonadotropina menopáusica humana (HMG) es extraída de la orina de mujeres post menopáusicas. Se añade gonadotropina coriónica humana (hCG), extraída de la orina de mujeres embarazadas, para contribuir a la actividad de LH total.

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Polvo y disolvente para solución inyectable.

Polvo en el vial: torta o polvo liofilizado blanco.

Disolvente en la ampolla: solución transparente e incolora.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

Inducción de la ovulación: para la inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.

Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamente: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización *in vitro* (FIV).

4.2. Posología y forma de administración

Posología

El tratamiento con este medicamento deberá iniciarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de problemas de infertilidad.

Existe una gran variabilidad inter e intraindividual en la respuesta de los ovarios a las gonadotropinas exógenas. Esto hace imposible establecer una pauta posológica uniforme. Por tanto, la dosis deberá ajustarse individualmente en función de la respuesta ovárica. Para ello, es necesario realizar ecografías y, en algunos casos, comprobar las concentraciones de estradiol.

Mujeres con anovulación:

El objetivo del tratamiento con este medicamento es obtener un único folículo De Graaf maduro del que se desprenderá el óvulo tras la administración de gonadotropina coriónica humana (hCG).

Este medicamento puede administrarse mediante una inyección diaria. En las pacientes con menstruación, el tratamiento deberá comenzar en los 7 primeros días del ciclo menstrual.

Una pauta posológica habitual es comenzar con una dosis de entre 75 a 150 UI de FSH al día y aumentarla en 37,5 UI (hasta 75 UI), preferiblemente con intervalos de 7 o 14 días, con el fin de obtener una respuesta suficiente, pero no excesiva.

Las dosis diarias máximas de hMG en este medicamento no deberán superar, por lo general, las 225 UI.

El tratamiento deberá ajustarse a la respuesta de cada paciente, determinada por la medición de las dimensiones del folículo mediante una ecografía y/o las concentraciones de estrógenos.

A continuación, deberá mantenerse la dosis hasta alcanzar el estado preovulatorio. Por lo general, son suficientes entre 7 y 14 días de tratamiento para alcanzar dicho estado.

Una vez alcanzado, deberá suspenderse la administración de este medicamento y podrá provocarse la ovulación administrando gonadotropina coriónica humana (hCG).

Si el número de folículos que responden es demasiado alto o las concentraciones de estradiol aumentan con demasiada rapidez, es decir, más del doble al día durante dos o tres días consecutivos, deberá reducirse la dosis diaria. Los folículos de más de 14 mm pueden derivar en embarazos, por lo que la existencia de varios folículos preovulatorios de más de 14 mm puede conllevar el riesgo de gestación múltiple. En ese caso, deberá interrumpirse la administración de hCG y deberán evitarse los embarazos con el fin de impedir gestaciones múltiples. La paciente deberá emplear un método anticonceptivo de barrera o abstenerse de practicar el coito hasta el comienzo de la siguiente menstruación (ver sección 4.4). El tratamiento deberá iniciarse de nuevo en el siguiente ciclo de tratamiento con una dosis menor que la del ciclo anterior.

Si una paciente no responde satisfactoriamente a las 4 semanas de tratamiento, deberá abandonarse el ciclo y la paciente deberá comenzar de nuevo con una dosis inicial mayor que la del ciclo anterior.

Una vez obtenida la respuesta ideal, deberá administrarse una inyección única de entre 5 000 UI y 10 000 UI de hCG entre 24 y 48 horas después de la última inyección de este medicamento.

Se recomienda que la paciente practique el coito el día de la inyección de hCG y el día siguiente. Otra posibilidad es realizar una inseminación intrauterina.

Mujeres sometidas a estimulación ovárica para la inducción del desarrollo folicular múltiple, como parte de una técnica de reproducción asistida:

Actualmente, la supresión hipofisaria para inhibir el pico de LH endógena y controlar las concentraciones basales de dicha hormona suele conseguirse administrando un agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (agonista de la GnRH) o un antagonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (antagonista de la GnRH).

En un protocolo habitual, se comienza a administrar este medicamento aproximadamente dos semanas después de iniciar el tratamiento con el agonista, y se continúa con ambos tratamientos hasta lograr un desarrollo folicular satisfactorio. Por ejemplo, tras dos semanas de supresión hipofisaria con el agonista, se administran entre 150 y 225 UI de este medicamento durante los 5-7 primeros días. A continuación, se ajusta la dosis en función de la respuesta ovárica de la paciente.

Un protocolo alternativo para la hiperestimulación ovárica controlada consiste en la administración de entre 150 y 225 UI de este medicamento al día a partir del segundo o tercer día del ciclo. Se continúa con el

tratamiento hasta obtener un desarrollo folicular satisfactorio (determinado mediante la comprobación de las concentraciones de estrógenos en suero y/o una ecografía) y se ajusta la dosis en función de la respuesta de la paciente (por lo general, nunca superior a 450 UI al día). Normalmente, el desarrollo folicular satisfactorio se alcanza como media alrededor del décimo día de tratamiento (entre 5 y 20 días).

Cuando se obtiene una respuesta óptima, se administra una inyección única de entre 5 000 UI y 10 000 UI de hCG entre 24 y 48 horas después de la última inyección de este medicamento para inducir la maduración folicular definitiva.

La recuperación de ovocitos se realiza entre 34 y 35 horas después.

Población pediátrica

El medicamento no está indicado para uso pediátrico.

Forma de administración

Este medicamento está indicado para administrarse por vía subcutánea e intramuscular.

El polvo debe reconstituirse inmediatamente antes de usarlo con el disolvente facilitado.

Para evitar las inyecciones dolorosas y reducir al mínimo las fugas desde la zona de inyección, este medicamento deberá administrarse lentamente por vía subcutánea. Deberá alternarse el lugar de la inyección subcutánea para evitar lipoatrofias. La solución que no se haya utilizado deberá desecharse.

La paciente podrá administrarse ella misma las inyecciones subcutáneas siempre que siga rigurosamente las instrucciones y recomendaciones facilitadas por el médico.

Para las instrucciones de reconstitución antes de la administración del producto, ver sección 6.6.

Posología

Forma de administración

4.3. Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a la menopina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.
- Aumento del tamaño de los ovarios o quistes ováricos sin relación con el síndrome de ovario poliquístico.
- Sangrado ginecológico de causa desconocida.
- Carcinoma de ovario, útero o mama.
- Tumores de hipotálamo o de hipófisis.

Este medicamento está contraindicado cuando no pueda obtenerse una respuesta eficaz, por ejemplo:

- Insuficiencia ovárica primaria.
- Malformaciones de los órganos genitales incompatibles con el embarazo.
- Fibromas uterinos incompatibles con el embarazo.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

Pueden producirse reacciones anafilácticas, especialmente en pacientes con hipersensibilidad conocida a las gonadotropinas. La primera inyección de este medicamento deberá administrarse siempre bajo la supervisión directa de un médico y en entornos que cuenten con equipos de reanimación cardiopulmonar.

La primera inyección de este medicamento deberá realizarse bajo la supervisión directa de un médico.

Solamente las pacientes que estén motivadas, capacitadas y correctamente informadas podrán administrarse ellas mismas la inyección de este medicamento. Deberá enseñarse previamente a la paciente a realizar una inyección subcutánea, indicándole el lugar en el que puede administrarse la inyección y la forma en que debe preparar la solución que se va a inyectar.

Antes de iniciar el tratamiento deberá valorarse, según proceda, la infertilidad de la pareja y evaluarse las posibles contraindicaciones para el embarazo. Además, deberá comprobarse si las pacientes padecen hipotiroidismo, insuficiencia corticosuprarrenal, hiperprolactinemia y tumores de hipófisis o hipotálamo para los cuales se administran los tratamientos específicos correspondientes.

Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO)

Antes del tratamiento, y a intervalos regulares durante el mismo, deberá evaluarse el desarrollo folicular por medio de ecografía y determinarse las concentraciones de estradiol. Esto es especialmente importante al inicio de la estimulación (ver más adelante).

Aparte del desarrollo de un elevado número de folículos, las concentraciones de estradiol pueden aumentar con mucha rapidez, por ejemplo, más del doble al día durante dos o tres días consecutivos, y posiblemente alcanzar valores excesivamente altos. El diagnóstico de hiperestimulación ovárica puede confirmarse mediante una ecografía. Si se produce dicha hiperestimulación ovárica indeseable (es decir, que no forme parte de una hiperestimulación ovárica controlada en programas de reproducción médicamente asistida), deberá suspenderse la administración de este medicamento. En ese caso, deberá evitarse el embarazo e interrumpirse la administración de hCG, ya que podría provocar, además de ovulación múltiple, un síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). Los síntomas y signos clínicos de un síndrome de hiperestimulación ovárica leve son dolor abdominal, náuseas, diarrea y crecimiento de los ovarios y quistes ováricos de carácter leve a moderado. En casos raros se produce un síndrome de hiperestimulación ovárica grave y potencialmente mortal. Este se caracteriza por grandes quistes ováricos (con propensión a romperse), ascitis, con frecuencia hidrotórax y ganancia de peso. En casos raros, puede producirse una tromboembolia venosa o arterial en asociación con el SHO (ver sección 4.8).

Embarazos múltiples

En las pacientes sometidas a TRA, el riesgo de embarazo múltiple está relacionado principalmente con el número de embriones implantados. La incidencia de embarazos y partos múltiples en las pacientes sometidas a tratamiento de ovulación inducida es mayor que en las mujeres que conciben de forma natural. La mayoría de las concepciones múltiples son gemelares. Para reducir al mínimo el riesgo de embarazo múltiple, se recomienda realizar un cuidadoso seguimiento de la respuesta ovárica.

Incidencia de abortos

La incidencia de pérdida espontánea del feto es mayor en las pacientes tratadas con HMG que en la población general, pero similar a la incidencia hallada en mujeres con otros problemas de fertilidad.

Embarazo ectópico

Puesto que las mujeres estériles sometidas a reproducción asistida y, en especial, a la FIV, suelen tener anomalías tubáricas, la incidencia de embarazos ectópicos podría aumentar. Por tanto, es importante confirmar cuanto antes, mediante una ecografía, que el embarazo es intrauterino.

Neoplasias del aparato reproductor

Se han notificado casos de neoplasias ováricas y de otros órganos del aparato reproductor, tanto benignas como malignas, en mujeres que se habían sometido a varios tratamientos farmacológicos para la

infertilidad. No se ha establecido todavía si el tratamiento con gonadotropinas aumenta el riesgo basal de presentar dichos tumores en las mujeres estériles.

Malformación congénita

La prevalencia de malformaciones congénitas tras una TRA puede ser ligeramente superior a la observada tras la concepción espontánea. La causa se atribuye a las diferencias en las características de los progenitores (por ejemplo, la edad de la madre o las características del semen) y a los embarazos múltiples.

Eventos tromboembólicos

Las mujeres con factores de riesgo generalmente reconocidos asociados a los eventos tromboembólicos, tales como antecedentes familiares o personales, obesidad grave (índice de masa corporal > 30 kg/m²) o trombofilia, pueden tener un mayor riesgo de sufrir eventos tromboembólicos venosos o arteriales durante el tratamiento con gonadotropinas o con posterioridad a éste. En el caso de estas mujeres, deben valorarse los beneficios y los riesgos de la administración de gonadotropinas (ver sección 4.8).

Información adicional

Este medicamento contiene menos de 1 mmol (23 mg) de sodio por solución reconstituida; esto es esencialmente “exento de sodio”.

Trazabilidad

Con el objeto de mejorar la trazabilidad de este medicamento biológico, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No se han realizado estudios de interacción medicamentosa para este medicamento en humanos. Si bien no se dispone de experiencia clínica, se espera que el uso concomitante de Meriofert 75-150 UI y citrato de clomifeno pueda potenciar la respuesta folicular. Cuando se utilice un agonista de la GnRH para provocar una desensibilización hipofisaria, puede ser necesaria una dosis superior de Meriofert 75-150 UI para lograr una respuesta folicular satisfactoria.

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

Este medicamento no debe utilizarse durante el embarazo.

No se han descrito riesgos teratogénicos tras la estimulación ovárica controlada en el uso clínico con gonadotropinas urinarias. Hasta la fecha, no se dispone de otros datos epidemiológicos de interés. Los estudios realizados en animales no muestran efectos teratogénicos.

Lactancia

Este medicamento no debe utilizarse durante la lactancia.

Durante la lactancia, la secreción de prolactina puede comportar una mala respuesta a la estimulación ovárica.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

Es improbable que este medicamento influya sobre la capacidad de la paciente para conducir y utilizar máquinas.

4.8. Reacciones adversas

La reacción adversa al medicamento más relevante presentada en los ensayos clínicos con este medicamento es la hiperestimulación ovárica (SHO) (relacionada con la dosis), por lo general de carácter

leve con un ligero aumento del tamaño de los ovarios, malestar o dolor abdominal. Solo un caso de SHO revistió gravedad.

Las reacciones adversas más frecuentes descritas con este medicamento fueron cefalea y distensión abdominal, así como náuseas, fatiga, mareo y dolor en la zona de inyección.

En la tabla siguiente se muestran las principales reacciones adversas al fármaco (> 1%) presentadas por mujeres tratadas con este medicamento en ensayos clínicos, de acuerdo a la clasificación por órganos y sistemas, y frecuencia. Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden de gravedad decreciente.

Dentro de cada clasificación por órgano, las reacciones adversas están categorizadas por frecuencias, con las reacciones más frecuentes en primer lugar, empleando la convención siguiente:

Muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $\leq 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $\leq 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $\leq 1/1.000$); muy raras ($\leq 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Clasificación por órganos y sistemas*	Frecuencia	Reacción adversa al fármaco
Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes Frecuentes	Cefalea Mareo
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes Frecuentes	Distensión abdominal Molestia abdominal, dolor abdominal, náuseas
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Frecuentes	Dolor de espalda, sensación de pesadez
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Frecuentes	Síndrome de hiperestimulación ovárica, dolor pélvico, dolor mamario a la palpación
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Dolor en la zona de inyección, reacción en la zona de inyección, fatiga, malestar general, sed
Trastornos vasculares	Frecuentes Raras	Sofocos Eventos tromboembólicos

*Se indica el término MedDRA más adecuado para describir una reacción determinada; no se indican sinónimos ni enfermedades relacionadas, pero deberán tenerse también en cuenta.

Según estudios publicados, se han observado las siguientes reacciones adversas en pacientes tratadas con gonadotropinas menopáusicas humanas.

* Hiperestimulación ovárica (SHO) grave con aumento pronunciado del tamaño de los ovarios y formación de quistes, dolor abdominal agudo, ascitis, derrame pleural, hipovolemia, conmoción y trastornos tromboembólicos (ver también sección 4.4).

* Torsión ovárica, normalmente asociada a casos graves de SHO.

* Se han notificado casos de rotura de quistes ováricos con hemorragia intraperitoneal y fallecimientos por rotura de un quiste.

* Se han notificado reacciones alérgicas, también con síntomas generalizados, tras el tratamiento con productos que contienen gonadotropina (ver también sección 4.4).

Las reacciones locales en la zona de inyección, tales como dolor, enrojecimiento, cardenales, hinchazón y/o irritación son efectos adversos esperados tras la administración de gonadotropinas. Se prevé que la frecuencia de dichos acontecimientos será más elevada con la administración intramuscular que con la subcutánea.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>.

4.9. Sobredosis

No se dispone de datos sobre la toxicidad aguda de la menotropina en seres humanos, pero la toxicidad aguda de preparados de gonadotropina urinaria utilizados en estudios con animales ha demostrado ser muy baja. Una dosis demasiado elevada de menotropina puede provocar la hiperestimulación de los ovarios (ver sección 4.4).

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: gonadotropinas. Código ATC: G03GA02

El principio activo de Meriofert es la gonadotropina menopáusica humana altamente purificada.

La actividad de FSH de este medicamento se obtiene de la orina de mujeres posmenopáusicas; la actividad de LH se obtiene tanto de la orina de mujeres posmenopáusicas como de la orina de mujeres embarazadas. El preparado se ha ajustado para que tenga un cociente de actividad FSH/LH aproximado de 1.

En los ovarios, el componente FSH de la hMG induce un aumento del número de folículos en crecimiento y estimula su desarrollo. La FSH aumenta la producción de estradiol en las células de la granulosa al aromatizar los andrógenos que se originan en las células de la teca por influencia del componente LH.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

La eficacia biológica de la menotropina se debe principalmente a su contenido de FSH. La farmacocinética de la menotropina tras la administración intramuscular o subcutánea muestra una gran variabilidad interindividual. Según los datos recopilados de los estudios realizados con menotropina, la concentración sérica máxima de FSH tras una inyección única de 300 UI se obtiene unas 19 horas después de la inyección intramuscular y 22 horas después de la inyección subcutánea. Las concentraciones máximas de FSH alcanzaron las $6,5 \pm 2,1$ UI/l con un AUC_{0-t} de $438,0 \pm 124,0$ UI.h/l tras la administración intramuscular. Tras la administración subcutánea, las C_{max} alcanzaron las $7,5 \pm 2,8$ UI/l con un AUC_{0-t} de $485,0 \pm 93,5$ UI.h/l.

El AUC y las C_{max} de LH del grupo de administración subcutánea resultaron ser significativamente inferiores a las del grupo de administración intramuscular. Este resultado puede deberse a las concentraciones tan bajas (cercasas a los límites de detección o inferiores a estos) detectadas en ambos grupos y a la gran variabilidad intra e interindividual.

Después de esto, la concentración sérica disminuye en una semivida aproximada de 45 horas tras la administración intramuscular y de 40 horas tras la administración subcutánea.

La eliminación de la menotropina tras la administración es predominantemente renal.

No se han realizado estudios farmacocinéticos en pacientes con función hepática o renal alterada.

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

No se han realizado estudios preclínicos con este medicamento.

6 . DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

Polvo: lactosa monohidrato.

Disolvente: cloruro sódico y agua para preparaciones inyectables.

6.2. Incompatibilidades

En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros.

6.3. Periodo de validez

2 años.

Tras la reconstitución, se recomienda utilizarlo de inmediato.

6.4. Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar el vial y la ampolla de disolvente en el embalaje exterior para protegerlos de la luz.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

1 estuche contiene: polvo en un vial (vidrio de tipo I), sellado con un tapón de goma de bromobutilo siliconado y sujeto por una cápsula flip-off (aluminio y plástico coloreado: verde claro en la presentación de 75 UI y verde oscuro en la de 150 UI) + 1 ml de disolvente en una ampolla (vidrio de tipo I).

Tamaños de envase de 1, 5 y 10 estuches.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

La solución debe prepararse justo antes de la inyección.

Cada vial es para un solo uso. El medicamento debe reconstituirse en condiciones de asepsia.

Este medicamento sólo debe reconstituirse con el disolvente facilitado en el envase.

Antes de reconstituir la solución, debe acondicionarse una zona limpia para la preparación y deben lavarse las manos.

Coloque todos los artículos siguientes sobre la superficie limpia:

- dos algodones humedecidos con alcohol (no vienen en la caja)
- un vial con polvo de Meriofert
- una ampolla de disolvente
- una jeringa (no viene en la caja)
- una aguja para preparar la inyección (no viene en la caja)
- una aguja fina para la inyección subcutánea (no viene en la caja)

Reconstitución del polvo para la solución inyectable

Abrir la ampolla de disolvente que contiene el líquido transparente.

En la punta de la ampolla del disolvente hay una marca coloreada:

A la altura de esta marca, el cuello de la ampolla está específicamente diseñado para romperse con más facilidad. Golpear suavemente la parte superior de la ampolla para desplazar cualquier líquido que pudiera quedar en la punta. Presionar firmemente la ampolla por el cuello y romperla, mientras se hace palanca en la marca coloreada. Con cuidado, colocar la ampolla abierta en la zona de preparación.

Extracción del disolvente:

Coloque la aguja para la reconstitución (aguja larga) en la jeringa. Con la jeringa en una mano, sostener la ampolla de disolvente previamente abierta, introducir la aguja y extraer cuidadosamente todo el contenido de la ampolla.

Coloque el capuchón protector de la aguja y disponga la jeringa cuidadosamente en la zona de preparación evitando tocar la aguja.

Prepare la solución inyectable:

1. Retire la cápsula de aluminio del vial con polvo de Meriofert y desinfecte la zona de goma del tapón con un algodón humedecido con alcohol.
2. Coja la jeringa e inyecte lentamente el disolvente en el vial con el polvo a través del tapón de goma.
3. Mueva con cuidado el vial entre las manos hasta que el polvo esté completamente disuelto, procurando evitar que se forme espuma.
4. Una vez disuelto el polvo (normalmente ocurre de inmediato), extraiga lentamente la solución con la jeringa.

Cuando reconstituya más de 1 vial de este medicamento, introduzca de nuevo el contenido del primer vial en la jeringa e inyéctelo lentamente en un segundo vial después de repetir los pasos del 1 al 4.

Si se utilizan varios viales de polvo, la cantidad de menotropina en 1 ml de solución reconstituida será la siguiente:

Meriofert 75 UI polvo y disolvente para solución inyectable	
Número de viales utilizados	Cantidad total de menotropina en 1 ml de solución
1	75 UI
2	150 UI
3	225 UI
4	300 UI
5	375 UI
6	450 UI

Meriofert 150 UI polvo y disolvente para solución inyectable	
Número de viales utilizados	Cantidad total de menotropina en 1 ml de solución
1	150 UI
2	300 UI
3	450 UI

La solución debe ser transparente e incolora.

Deseche todos los artículos utilizados:

La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local (una vez finalizada la inyección, deben tirarse todas las agujas y jeringas vacías al contenedor correspondiente).

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

IBSA Farmaceutici Italia Srl
Via Martiri di Cefalonia, 2
26900 Lodi - Italia

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Meriofert 75 UI polvo y disolvente para solución inyectable. 89.199
Meriofert 150 UI polvo y disolvente para solución inyectable. 89.198

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Diciembre 2024

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Noviembre 2023

La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es>