Fiyat ve Detaylar: https://www.ilacprospektusu.com/ilac/706/curon-50-mg-5-ml-iv-enjeksiyonluk-cozelti-iceren-fla
ATC Kodu: https://www.ilacprospektusu.com/ara/ilac/atc/M03AC09

KISA ÜRÜN BİLGİSİ

1. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNÜN ADI

CURON ® 50 mg/5 ml IV Enjeksiyonluk Çözelti İçeren Flakon
Steril

2. KALİTATİF VE KANTİTATİF BİLEŞİM

Etkin madde:
CURON'un bir ml'si 10 mg roküronyum bromür ihtiva etmektedir.

Yardımcı maddeler:

Sodyum klorür	16,5 mg
Sodyum asetat	10 mg

Yardımcı maddeler için 6.1'e bakınız.

3. FARMASÖTİK FORM

Enjeksiyon için çözelti.
Renksizden sarı/turuncu renge kadar değişebilen renkte, berrak çözelti.

4. KLİNİK ÖZELLİKLER

4.1. Terapötik endikasyonlar

CURON, rutin ve hızlı sıralı indüksiyon sırasında, genel anesteziyle birlikte trakeal entübasyonu ve ameliyat sırasında iskelet kaslarının gevşemesinin sağlanması için endikedir. CURON yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) entübasyon ve mekanik ventilasyonun sağlanması için ek terapi olarak gereklidir.

4.2. Pozoloji ve uygulama şekli

Pozoloji/uygulama sıklığı ve süresi:
Diğer nöromüsküler blok edici ajanlarda da olduğu gibi; CURON yalnızca bu ilaçların etkisi ve kullanımlarını bilen deneyimli hekimler tarafından, ya da onların gözetimleri altında uygulanmalıdır.

Diğer nöromüsküler blokaj ajanlarında da olduğu gibi CURON'un dozu her bir hastaya göre özel olarak ayarlanmalıdır. Anestezi yöntemi ve tahmini cerrahi süresi, sedasyon yöntemi ve tahmini mekanik ventilasyon süresi, birlikte verilen diğer ilaçlarla muhtemel etkileşim ve hastanın durumu, doz belirlenirken dikkate alınması gereken hususlardır. Nöromüsküler blokaj ve nekahatın değerlendirilmesi açısından uygun bir nöromüsküler monitörizasyon tekniğinin kullanılması tavsiye edilmektedir.

İnhalasyon yoluyla uygulanan anestetik maddeler, CURON'un nöromüsküler blokaj etkisini güçlendirmektedir. Fakat bu güçlendirici etki, anestezi uygulaması sırasında, uçucu maddeler bu etkileşim için gerekli doku konsantrasyonlarına ulaştıktan sonra klinik açıdan anlamlı düzeyde gerçekleşmektedir. Sonuç olarak, CURON doz ayarlamaları, daha sık

aralıklarla, daha küçük idame dozları uygulanarak veya inhalasyon anestezisi altında daha uzun süreli girişimlerde (1 saatten uzun) daha düşük CURON infüzyon hızı kullanılarak yapılmalıdır (Bkz. Bölüm 4.5).

Erişkin hastalarda aşağıda belirtilen dozajlama önerileri, trakeal entübasyon ve kısa ile uzun süreli cerrahi girişimler için kas gevşetilmesine ve yoğun bakım ünitesindeki kullanıma yönelik genel bilgi amacı taşımaktadır.

Cerrahi girişimler

Trakeal entübasyon:

Rutin anestezi sırasında standart entübasyon dozu, 0,6 mg/kg roküronyum bromürdür ve bu dozu takiben neredeyse tüm hastalarda, 60 saniye içerisinde yeterli entübasyon şartları oluşmaktadır. 1,0 mg/kg roküronyum bromür dozu hızlı sıralı anestezi indüksiyonu sırasında trakeal entübasyon koşullarının sağlanması için önerilmektedir. Bu dozdan sonra, 60 saniye içerisinde neredeyse tüm hastalarda gerekli entübasyon koşulları sağlanabilmektedir. Hızlı sıralı anestezi indüksiyonu için 0,6 mg/kg roküronyum bromür düzeyinde bir doz kullanılması halinde hastanın 90 saniye entübe edilmesi tavsiye edilmektedir.

Sezaryen yapılan hastalarda anestezinin hızlı sıralı indüksiyonu sırasında roküronyum bromür kullanımından bölüm 4.6'da söz edilmiştir.

Daha yüksek dozlar:

Bireysel olarak hastalarda daha yüksek dozların seçimini gerektiren bir neden olduğunda, advers (ters) kardiyovasküler etkiler olmaksızın ameliyat sırasında 2 mg/kg'a kadar roküronyum bromür başlangıç dozu olarak uygulanmıştır. Roküronyum bromürün bu yüksek dozlarının kullanımı başlangıç zamanını azaltır ve etkinin süresini artırır (Bkz. Bölüm 5.1).

İdame dozu:

Önerilen idame dozu, 0,15 mg/kg roküronyum bromürdür; uzun süreli inhalasyon tipi anestezide bu doz 0,075-0,1 mg/kg roküronyum bromüre düşürülmelidir. İdame dozları tercihen seğirme yüksekliği, kontrol seğirme yüksekliğinin % 25'i düzeyine çıktığı zaman veya ardışık dört uyarıya 2-3 tepki alındığında uygulanmalıdır.

Sürekli infüzyon:

Roküronyum bromür sürekli infüzyon olarak uygulandığında 0,6 mg/kg roküronyum bromür düzeyinde bir yükleme dozu uygulanması ve nöromüsküler blokaj zayıflamaya başladığında infüzyona başlanması tavsiye edilmektedir. İnfüzyon hızı, kontrol seğirme yüksekliğinin %10'u düzeyinde bir seğirme yanıtını koruyacak şekilde veya dört ardışık uyarıya 1-2 yanıt muhafaza edilecek şekilde ayarlanmalıdır. İntravenöz anestezi altındaki erişkinlerde bu düzeyde nöromüsküler blokajın korunması için gerekli olan infüzyon hızı 0,3-0,6 mg/kg/saat aralığında ve genel anestezi altında, infüzyon hızı 0,3-0,4 mg/kg/saat aralığındadır. İnfüzyon hızı gereksinimi hastadan hastaya ve kullanılan anestezi yöntemine göre değişebileceği için nöromüsküler blokajın sürekli monitörize edilmesi tavsiye edilmektedir.

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:

Pediyatrik popülasyon:
Yenidoğan bebekler (0-27 gün), infant (28 gün-2 ay), süt çocukları (3-23 ay), çocuklar (2-11 yaş) ve adolesanlar (12-17 yaş) için rutin anestezi sırasındaki önerilen entübasyon dozu ve idame dozu erişkinlerinki ile aynıdır.

Ancak tekli entübasyon dozu aksiyon süresi yenidoğanlarda ve infantlarda, çocuklara göre daha uzundur (Bkz. Bölüm 5.1).

Pediyatrik hastalarda sürekli infüzyon için; çocuklar hariç (2-11 yaş), infüzyon hızları erişkinlerinki ile aynıdır. Çocuklar için daha hızlı infüzyon hızları gerekli olabilir. Çocuklar için erişkinlerdeki başlangıç infüzyon hızları önerilmektedir ve bu infüzyon hızı, kontrol seğirme yüksekliğinin %10'u düzeyinde bir seğirme yanıtını koruyacak şekilde veya işlem sırasında dört ardışık uyarıya 1-2 yanıt muhafaza edilecek şekilde ayarlanmalıdır.

Pediyatrik hastalarda hızlı sıralı indüksiyonda roküronyum bromür ile deneyim sınırlıdır. Pediyatrik hastalarda hızlı sıralı indüksiyon sırasında trakeal entübasyon koşullarına yardımcı olmak amacıyla roküronyum bromür bundan dolayı önerilmez.

Geriyatrik (yaşlı) hastalarda ve karaciğer ve/veya safra yolu hastalığı ve/veya böbrek yetmezliği olan hastalarda doz:
Geriyatrik hastalar ve karaciğer ve/veya safra yolu hastalığı ve/veya böbrek yetmezliği olan hastalar için rutin anestezi sırasında standart entübasyon dozu, 0,6 mg/kg roküronyum bromürdür. Uzamış bir etki süresi beklenilen hastalardaki hızlı sıralı indüksiyon anestezisi için 0,6 mg/kg düzeyinde bir doz tercih edilmelidir. Kullanılan anestezi tekniğine bakılmaksızın, bu hastalar için önerilen idame dozu 0,075-0,1 mg/kg roküronyum bromür ve infüzyon hızı 0,3-0,4 mg/kg/saat'tir (bakınız Sürekli İnfüzyon) (ayrıca Bkz. Bölüm 4.4).

Kilolu ve aşırı şişman hastalar:
Kilolu veya aşırı şişman hastalarda kullanıldığında (ideal vücut ağırlığının %30 veya daha üstünde vücut ağırlığına sahip hastalar olarak tanımlanmaktadır), ideal vücut ağırlığı göz önünde bulundurularak dozlar azaltılmalıdır.

Yoğun bakım girişimleri
Trakeal entübasyon:
Trakeal entübasyon için, yukarıda cerrahi girişimler için tarif edilen dozların aynıları uygulanmalıdır.

İdame dozu:
Başlangıç yükleme dozu olarak 0,6 mg/kg roküronyum bromür ve ardından, seğirme yüksekliği %10 yüzeyine yükseldiğinde veya ardışık dört uyarıya karşı yeniden 1-2 seğirme alındığında sürekli infüzyona geçilmesi tavsiye edilmektedir. Hastalarda doz her zaman bireysel etkiye göre titre edilmelidir. Erişkin hastalarda %80-90 düzeyinde (TOF stimülasyonuna 1-2 seğirme) bir nöromüsküler blokajın idame ettirilmesine yönelik önerilen başlangıç infüzyon hızı, uygulamanın birinci saati boyunca 0,3-0,6 mg/kg/saat'tir.

Bu dozun bireysel yanıta göre sonraki 6-12 saat içerisinde azaltılması gerekmektedir. Bunu takiben bireysel doz gereksinimi nispeten sabit kalacaktır.

Kontrollü klinik çalışmalarda saatlik infüzyon hızlarında hastalar arasında büyük bir değişkenlik saptanmış ve organ yetmezliğinin(-lerinin) nitelik ve kapsamına, birlikte verilen ilaçlara ve hastanın kişisel özelliklerine bağlı olarak ortalama saatlik infüzyon hızları 0,2-0,5 mg/kg/saat arasında değişim göstermiştir. Tam bir bireysel hasta kontrolünün sağlanması için nöromüsküler iletinin monitörize edilmesi şiddetle önerilmektedir. Azami 7 güne kadar olan uygulama incelenmiştir.

Uygulama şekli:
CURON, bolus enjeksiyonu veya sürekli infüzyon olarak intravenöz yoldan uygulanmaktadır (Bkz. Bölüm 6.6).

Özel popülasyonlara ilişkin ek bilgiler:
Böbrek/Karaciğer yetmezliği:
Rokuronyum safra ve üreye geçtiğinden, klinik olarak belirgin karaciğer ve böbrek rahatsızlığı ve/veya yetmezliği olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Bu hasta gruplarında 0,6 mg/kg rokuronyum bromür dozu ile uzamış aksiyon gözlemlenmiştir.

Pediyatrik popülasyon:
Pediyatrik hastalarda yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyonun sağlanması için güvenlilik ve etkililik hakkında veri yetersizliğinden dolayı önerilmez.

Geriyatrik popülasyon:
Geriyatrik hastalarda yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyonun sağlanması için güvenlilik ve etkililik hakkında veri yetersizliğinden dolayı önerilmez.

4.3. Kontrendikasyonlar

Rokuronyuma veya bromür iyonuna ya da herhangi bir yardımcı maddeye karşı aşırı duyarlılık.

4.4. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Rokuronyum bromür solunum kaslarında paralize neden olduğu için, bu ilaç uygulanan hastalarda kendiliğinden solunum yeterli düzeyde sağlanana dek solunum desteği verilmesi zorunludur.
Tüm nöromüsküler bloke edici ajanlarda da olduğu gibi, özellikle hızlı sıralı indüksiyon tekniğinin bölümü olarak kullanıldığında entübasyon güçlüklerinin çıkabileceği beklenmelidir.

Diğer nöromüsküler bloke edici ajanlarda olduğu gibi, rokuronyum bromür için rezidüel nöromusküler blokaj bildirilmiştir. Rezidüel nöromusküler blokajdan kaynaklanan komplikasyonları önlemek için; hastaların yalnızca nöromüsküler bloktan yeterli düzeyde uyandığı zaman ekstübe edilmesi önerilir. Geriyatrik hastalar (65 yaş ve üstü) rezidüel nöromüsküler blok için artmış riskte olabilirler. Ameliyat sonrası dönemde ekstübasyon sonrasında rezidüel nöromusküler blokaja neden olabilecek (ilaç etkileşimleri ya da hasta

koşulları gibi) diğer faktörler de değerlendirilmelidir. Eğer standart klinik uygulamanın bir parçası olarak kullanılmıyorsa, özellikle rezidüel nöromusküler blokajın gerçekleşme olasılığının daha fazla olduğu durumlarda geri döndürücü bir ajanın (örneğin sugammadeks ya da asetilkolinesteraz inhibitörleri) kullanımı dikkate alınmalıdır.

Nöromüsküler bloke edici ajanlar arasında yüksek oranda çapraz duyarlılık bildirilmiştir. Bu nedenle, eğer mümkünse, CURON uygulanmadan önce, diğer nöromüsküler bloke edici ajanlara karşı aşırı duyarlılık ekarte edilmelidir. CURON, duyarlı hastalarda sadece kesinlikle gerekli olduğunda kullanılmalıdır. Genel anestezi altında aşırı duyarlılık reaksiyonu yaşayan hastalar, bunun ardından diğer nöromüsküler bloke edici ajanlara karşı aşırı duyarlılık açısından test edilmelidir.

Roküronyum kalp atım hızını arttırabilir.
Genel olarak yoğun bakım ünitesinde kas gevşeticilerin uzun süreli kullanımı sonrasında uzun süreli paraliz ve/veya iskelet kaslarında zayıflama görülmektedir. Nöromüsküler blokajda muhtemel uzamanın ve/veya doz aşımının ekarte edilmesi için nöromüsküler bloke edici ajanlar kullanıldığı süre boyunca nöromüsküler iletinin monitörize edilmesi tavsiye edilmektedir. Buna ek olarak hastalara yeterli düzeyde analjezi ve sedasyon uygulanmalıdır. Nöromüsküler bloke edici ajanlar ayrıca, bunların etkileri ve ilgili nöromüsküler monitörizasyon tekniklerine aşina, deneyimli doktorlar tarafından veya bunların gözetimi altında hasta bazında etki dozuna titre edilmelidir.

Kortikosteroid terapisi ile kombinasyon halinde diğer non-depolarizan nöromüsküler bloke edici ajanların yoğun bakım ünitesinde uzun süreli uygulamasından sonra miyopati düzenli olarak bildirilmiştir. Bundan dolayı; hem nöromüsküler bloke edici ajanlar hem de kortikosteroidler verilen hastalar için, nöromüsküler bloke edici ajanların kullanım süresi mümkün olduğunca sınırlı tutulmalıdır.

Eğer suksametonyum entübasyon için kullanılmış ise, CURON'un uygulaması hastanın klinik olarak suksametonyum indüklediği nöromüsküler bloktan uyanmasına kadar geciktirilmelidir.

Roküronyum bromür her zaman diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığından ve anestezi sırasında malign hipertermi riski olduğundan, bilinen tetikleyici faktörlerin yokluğunda bile, doktorlar anesteziye başlamadan önce erken semptomlar, doğrulayıcı tanı ve malign hipertermi tedavisi konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Hayvanlarla yapılan çalışmalar roküronyum bromürün malign hipertermi için tetikleyici bir faktör olmadığını göstermiştir. Pazarlama sonrası izlem sırasında CURON ile, nadir malign hipertermi vakaları gözlenmiştir; ancak nedensel bağlantı kanıtlanmamıştır.

Aşağıda belirtilen durumlar CURON'un farmakokinetiğini ve/veya farmakodinamiğini etkileyebilmektedir:

Karaciğer ve/veya safra yolları hastalıkları ve böbrek yetmezliği
Roküronyum idrar ve safra ile atıldığı için klinik açıdan önemli karaciğer ve/veya safra yolları hastalığı ve/veya böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Bu hasta grubunda, 0,6 mg/kg roküronyum bromür düzeyinde dozlarda etkide uzama görülmüştür.

Dolaşım süresinde uzama
Kardiyovasküler hastalık, ileri yaş ve dağılım hacminin artması gibi ödeme neden olan dolaşım süresinin uzamasıyla ilişkili durumlar, etkinin daha geç başlamasına neden olabilmektedir. Etki süresi azalmış plazma klirensi nedeniyle de uzayabilir.

Nöromüsküler hastalık
Diğer nöromüsküler bloke edici ajanlarda da olduğu gibi CURON nöromüsküler hastalığı olan hastalarda veya poliyomyelit sonrasında, bu vakalarda nöromüsküler bloke edici ajanlara karşı yanıt önemli ölçüde değişebileceğinden aşırı dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Bu değişimin şiddeti ve niteliği büyük ölçüde farklılık gösterebilmektedir. Miyastenia gravis hastalarında veya miyastenik sendromu (Eaton-Lambert) olan hastalarda düşük CURON dozları güçlü etkilere neden olabilmektedir ve CURON'un etki dozuna titre edilmesi gerekmektedir.

Hipotermi
Hipotermik koşullar altında yapılan cerrahi müdahalelerde roküronyum bromürün nöromüsküler bloke edici etkisi artmakta ve süresi uzamaktadır.

Şişmanlık
Diğer nöromüsküler bloke edici ajanlarda da olduğu gibi roküronyum bromür, tatbik edilen dozun fiili vücut ağırlığı üzerinden hesaplanması halinde obez hastalarda daha uzun bir etki süresi ve spontan düzelmede uzama sergileyebilmektedir.

Yanıklar
Yanıkları olan hastaların nöromüsküler bloke edici ajanlara karşı direnç geliştirdikleri bilinmektedir.
Dozun yanıt seviyesine göre titre edilmesi tavsiye edilmektedir.

CURON'un etkisini arttırabilecek durumlar
Hipokalemi (örneğin aşırı kusma, ishal ve diüretik tedavi sonrası), hipermagnezemi, hipokalsemi (kapsamlı transfüzyon sonrası), hipoproteinemi, dehidratasyon, asidoz, hiperkapni, kaşeksi.
Dolayısıyla ağır elektrolit bozukluklarının, kan pH değerindeki bozulmaların veya dehidratasyonun mümkün olduğunca düzeltilmesi gerekmektedir.

Bu tıbbi ürün her "doz"unda 1 mmol (23 mg)'dan daha az sodyum ihtiva eder; yani aslında "sodyum içermez".

4.5. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri

Aşağıda belirtilen ilaçların non-depolarizan nöromüsküler bloke edici ajanların etki şiddetini ve/veya süresini etkiledikleri gösterilmiştir.

Diğer ilaçların CURON üzerindeki etkileri;
Etki artışı:

- Halojenize uçucu anestetik ajanlar roküronyum bromürün nöromüsküler bloğunu kuvvetlendirirler. Etki yalnızca idame dozu ile beraber belirginleşir (Bkz. Bölüm 4.2). Antikolinesteraz inhibitörleri ile bloğun geri dönmesi engellenebilir.
- Suksametonyum ile entübasyon sonrası (Bkz. Bölüm 4.4)
- Kortikosteroidlerin ve CURON'un yoğun bakım ünitesinde uzun süreli eşlik eden kullanımı nöromüsküler bloğun süresinin uzamasına ya da miyopatiye yol açabilir (Bkz. Bölüm 4.4 ve 4.8).

Diğer ilaçlar:

- antibiyotikler: aminoglikosid, linkozamid ve polipeptit antibiyotikleri, açilamino-penisilin antibiyotikleri.
- diüretikler, kinidin ve kendi izomeri kinin, magnezyum tuzları, kalsiyum kanal bloke edici ajanlar, lityum tuzları, lokal anestezikler (lidokain intravenöz bupivakain epidural), fenitoinin ya da β-bloke edici ajanların akut uygulaması

Aminoglikozid, linkozamid, polipeptit ve açilamino-penisilin antibiyotikler, kinidin, kinin ve magnezyum tuzlarının ameliyat sonrasında uygulamasından sonra rekürarizasyon bildirilmiştir (Bkz. Bölüm 4.4).

Etki azalması:

- Fenitoinin, ya da karbamazepinin kronik uygulamasından önce
- Kalsiyum klorür, potasyum klorür
- Proteaz inhibitörleri (gabeksat, ulinastatin)

Değişken etki:

- Diğer non-depolarizan nöromüsküler bloke edici ajanların CURON ile kombinasyon halinde uygulaması; uygulamanın sıralamasına ve kullanılan nöromüsküler bloke edici ajana bağlı olarak, nöromüsküler bloğun kuvvetlenmesine ya da zayıflamasına yol açabilir.
- CURON'un uygulamasından sonra verilen suksametonyum, CURON'un nöromüsküler bloke edici etkisinin kuvvetlenmesine ya da zayıflamasına yol açabilir.

CURON'un diğer ilaçlar üzerindeki etkisi:
Roküronyum bromür, lidokain ile kombine olarak; lidokainin etkisinin daha hızlı başlangıcına neden olabilir.

Pediyatrik popülasyon:
Resmi bir etkileşim çalışması yapılmamıştır. Pediyatrik popülasyon için yukarıda yetişkinler için belirtilen ilaç etkileşimleri ve özel kullanım uyarıları ve önlemleri (Bkz. Bölüm 4.4) dikkate alınmalıdır.

4.6. Gebelik ve laktasyon

Genel tavsiye:

Gebelik kategorisi C'dir.

Çocuk doğurma potansiyeli bulunan kadınlar/doğum kontrolü (kontrasepsiyon)

Roküronyum ile tedavi sırasında, çocuk doğurma potansiyeli olan kadınların etkin doğum kontrol metotları kullanması önerilmelidir.

Gebelik dönemi

Roküronyum bromür için, gebelikte maruz kalmayla ilgili hiçbir klinik veri mevcut değildir. Hayvan çalışmalarında; gebeliğe, embriyonel/fetal gelişime, doğum ya da doğum sonrası gelişime doğrudan ya da dolaylı zararlı etkiler bilinmemektedir. İnsanlara yönelik potansiyel risk bilinmemektedir. Hamile kadınlara CURON verilirken dikkatli olunmalıdır.

Sezaryen

Sezaryen yapılan hastalarda, entübasyon güçlükleri beklenmiyorsa ve yeterli dozda anestetik madde verilmişse veya suksametonyum destekli entübasyon sonrasında hızlı sıralı indüksiyon tekniğinin bir parçası olarak uygulanabilir. 0,6 mg/kg'lık dozlarda uygulanan roküronyum bromürün entubasyon için uygun koşulu uygulamadan 90 saniyeye kadar sağlamayacağını ortaya koymuştur. Bu doz sezaryen yapılan gebe kadınlarda güvenli bulunmuştur. Roküronyum bromür APGAR skorunu, fetus kas tonusunu veya kardiyo-respiratuvar adaptasyonu olumsuz etkilememektedir. Göbek bağı kan örneği analizinden roküronyum bromürün ancak kısıtlı ölçüde plasentaya geçtiği ve bu durumun yeni doğanda klinik açıdan önemli olumsuz etkilere neden olmadığı görülmektedir.

Not 1: 1 mg/kg düzeyindeki dozlar hızlı sıralı anestezi indüksiyonu sırasında araştırılmış olmakla birlikte sezaryen hastalarında araştırma yapılmamıştır. Bundan dolayı, bu hasta grubunda yalnızca 0,6 mg/kg düzeyindeki dozlar önerilmektedir.

Not 2: Gebelik toksemisi için magnezyum tuzları alan hastalarda, magnezyum tuzları nöromüsküler blokajı arttırdıkları için nöromüsküler bloke edici ajanları tarafından indükte edilen nöromüsküler blokajın ortadan kalkışı baskılanabilir veya yetersiz ölçüde gerçekleşebilir. Bu nedenle bu tür hastalarda CURON dozu azaltılmalı ve seğirme yanıtı düzeyine titre edilmelidir.

Laktasyon dönemi

Roküronyum bromürün insanlarda anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Hayvan çalışmalarında, anne sütünde roküronyum bromürün önemsiz düzeylerine rastlanmıştır. Emziren sıçanların sütünde önemsiz düzeylerde roküronyum bromür bulunmuştur. CURON'un laktasyon döneminde kullanımı üzerine insanlarda veri bulunmamaktadır. CURON emziren kadınlara ancak sorumlu doktor elde edilecek faydanın riske göre daha fazla olacağını düşünüyorsa uygulanmalıdır. Tek bir doz uygulamasından sonra, roküronyumun beş eliminasyon yarılanma ömrü boyunca, yani yaklaşık 6 saat boyunca bir sonraki emzirmeden kaçınılması önerilir.

Üreme yeteneği/ Fertilite
Roküronyum bromürün üreme yeteneği/ fertilite üzerindeki etkisi bilinmemektedir.

4.7. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler

Hasta araç ve makine kullanmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. CURON genel anesteziye ilave olarak kullanıldığından; genel anestezi sonrasında alınan yaygın önlemler ayakta tedavi gören hastalar için de alınmalıdır.

4.8. İstenmeyen etkiler

Güvenlilik profilinin özeti
Uzayan nöromüsküler blok, yaşamsal belirtilerde değişiklikler ve enjeksiyon yeri ağrısı/reaksiyonu en yaygın gerçekleşen advers ilaç reaksiyonları arasındadır. Pazarlama sonrası gözetim sırasında en çok bildirilen, ciddi advers ilaç reaksiyonları "anaflaktik ve anaflaktoid reaksiyonlar" ve bunlarla bağlantılı belirtilerdir. Aşağıdaki tablodaki açıklamalara bakınız.

İstenmeyen olaylar aşağıda sistem organ sınıfına göre listelenmiştir. Sıklıklar şu şekilde tanımlanmıştır:

Farklı organ sistemlerinde;
Çok yaygın (≥1/10),
Yaygın (≥1/100 ila < 1/10),
Yaygın olmayan (≥1/1.000 ila < 1/100),
Seyrek (≥1/10.000 ila < 1/1.000),
Çok seyrek (< 1/10.000),
Bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor).

Advers reaksiyonların tablo halinde listesi

MedDRA SOC	**Tercih Edilen Terim[1]**		
	Yaygın olmayan/ Seyrek[2]	Çok seyrek	Bilinmiyor
Bağışıklık sistemi hastalıkları		Aşırı duyarlılık Anaflaktik reaksiyon Anaflaktoid reaksiyon Anaflaktik şok Anaflaktoid şok	
Sinir sistemi hastalıkları		Flask paraliz	
Kardiyak hastalıkları	Taşikardi		Kounis sendromu
Vasküler hastalıkları	Hipotansiyon	Dolaşım kollapsı ve şok Ateş basması	

Solunum, göğüs bozuklukları ve mediastinal hastalıkları		Bronkospazm	
Deri ve deri altı doku hastalıkları		Anjionörotik ödem Ürtiker Döküntü Eritematöz döküntü	
Kas-iskelet bozuklukları, bağ doku ve kemik hastalıkları		Kas güçsüzlüğü[3] Steroid miyopati [3]	
Genel bozukluklar ve uygulama bölgesine ilişkin hastalıklar	İlaç etkisizliği İlaç etkisi/terapötik yanıtın azalması İlaç etkisi/terapötik yanıtın artışı Enjeksiyon bölgesinde ağrı Enjeksiyon bölgesinde reaksiyon	Yüzde ödem	
Yaralanma ve zehirlenme ve prosedürel komplikasyonlar	Uzayan nöromüsküler blok Anesteziden uyanmada gecikme	Anestezide hava yolu komplikasyonu	

[1]Pazarlama-sonrası gözetim bildirimlerinden ve genel literatürden derlenen verilere dayanılarak sıklıklar tahmin edilmiştir.
[2]Pazarlama-sonrası gözetim verileri kesin sıklık rakamlarını veremez. Bu nedenle, bildirim sıklıkları beş yerine üç kategoriye ayrılmıştır.
[3]Yoğun bakım ünitesinde uzun süreli kullanım sonrasında

Anaflaksi
Çok nadir olmasına rağmen, CURON dahil, nöromüsküler bloke edici ajanlara karşı şiddetli anafilaktik reaksiyonlar bildirilmiştir.
Anaflaktik/anaflaktoid reaksiyonlar: bronkospazm kardiyovasküler değişiklikler (örneğin hipotansiyon, taşikardi, dolaşım kollapsı - şok) ve kutanöz değişiklikler (örneğin anjioödem, ürtiker). Bu reaksiyonlar bazı durumlarda öldürücüdür. Bu reaksiyonların muhtemel şiddeti sebebiyle, bu tür durumlar ile karşılaşılabileceği ve gerekli tedbirlerin alınması gerektiği konusu her zaman akılda tutulmalıdır.
Nöromüsküler bloke edici ajanların hem lokal olarak enjeksiyon yerinde hem de sistemik olarak histamin salınımını indükleyebilecekleri bilindiğinden, bu ilaçlar uygulanırken enjeksiyon bölgesinde kaşıntı ve eritamatöz reaksiyon ve/veya jeneralize histominoid (anaflaktoid) reaksiyonların (aynı zamanda yukarıdaki anaflaktik reaksiyonlar bölümüne bakınız) görülme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Klinik çalışmalarda, 0,3-0,9 mg/kg roküronyum bromürün hızlı bolus uygulamasını takiben ortalama plazma histamin düzeyinde sadece hafif bir artış gözlenmiştir.

Uzayan nöromüsküler blok
Nondepolarizan bloke edici ajanlar sınıfına karşı en sık görülen advers (istenmeyen) reaksiyon, ilacın farmakolojik etkisinin gereken zaman diliminin ötesine uzamasını içermektedir. Bu iskelet kasları güçsüzlüğünden derin ve uzun süreli iskelet kasları paralizinin neden olduğu solunum yetmezliğine ya da apneye kadar çeşitlilik gösterir.

Miyopati
Miyopati; kortikosteroidler ile kombinasyon halinde yoğun bakım ünitesinde çeşitli nöromüsküler bloke edici ajanların kullanımı sonrasında bildirilmiştir (Bkz. Bölüm 4.4).

Lokal enjeksiyon yeri reaksiyonları
Hızlı sıralı anestezi indüksiyonu sırasında, özellikle hasta şuurunu daha tam olarak kaybetmemişse ve özellikle indüksiyon ajanı olarak propofol kullanıldığında, enjeksiyon yerinde ağrı olduğu bildirilmiştir. Klinik çalışmalarda enjeksiyona bağlı ağrı, propofol ile hızlı sıralı anestezi indüksiyonu yapılan hastaların %16'sında ve fentanil ve tiyopental ile hızlı sıralı anestezi indüksiyonu uygulanan hastaların %0,5'inde gözlenmiştir.

Pediyatrik popülasyon
Roküronyum bromür (1mg/kg) ile, pediyatrik hastalarda (n=704) gerçekleştirilen 11 klinik çalışmanın meta analizinde, % 1,4 sıklığında taşikardi advers etki olarak belirlenmiştir.

Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması
Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99).

4.9. Doz aşımı ve tedavisi

Doz aşımı ve nöromüsküler blokajın uzaması hallerinde, hastaya solunum desteği ve sedasyon verilmeye devam edilmelidir. Nöromüsküler bloğu tersine çevirmek için iki seçenek vardır: (1) yetişkinlerde sugammadeks keskin ve derin bloğu tersine çevirmek için kullanılabilir. Uygulanacak sugammadeks dozu, nöromüsküler blok seviyesine bağlıdır. (2) Spontan nekahatın başlamasını takiben yeterli dozda bir asetilkolinesteraz inhibitörü (örneğin neostigmin, edrofonyum, piridostigmin) veya sugammadeks uygulanmalıdır. Asetilkolinesteraz inhibitörü ilaç uygulanması CURON'un nöromüsküler etkilerini geri döndüremiyorsa, spontan solunum oluşana dek ventilasyona devam edilmelidir. Tekrarlayan asetilkolinesteraz inhibitörü dozları tehlikeli olabilir.

Hayvan çalışmalarında sonuç olarak kardiyak kolapsa neden olan şiddetli kardiyovasküler fonksiyon depresyonu, 750 x ED_{90} dozu (135 mg/kg roküronyum bromür) uygulamasına dek görülmemiştir.

5. FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

5.1. Farmakodinamik özellikler

Farmokoterapötik grup: Kas gevşeticiler, periferik etkili ajanlar.
ATC kodu: M03AC09

Etkinin mekanizması:
CURON (roküronyum bromür), bu ilaç sınıfının (kürariform) tüm karakteristik farmakolojik etkilerine sahip etkisi hızlı başlayan, orta dereceli etkili non-depolarizan bir nöromüsküler bloke edici ajandır. Motor son plaktaki nikotinik kolinoseptörler için yarışarak etkisini göstermektedir. Bu etki, örneğin neostigmin, edrofonyum ve piridostigmin benzeri asetilkolinesteraz inhibitörleri tarafından antagonize edilmektedir.

Farmakodinamik etkiler:
İntravenöz anestezi sırasındaki ED_{90} (ulnar sinirin uyarılması karşı el başparmağının seğirme yanıtının %90 oranında baskılanması için gerekli olan doz) yaklaşık olarak 0,3 mg/kg roküronyum bromürdür. ED_{95} bebeklerde, erişkinler ve çocuklara göre daha azdır (sırasıyla, 0,25, 0,35 ve 0,40 mg/kg).

0,6 mg/kg roküronyum bromür ile elde edilen klinik süre (kontrol seğirme yüksekliğinin %25'inin spontan olarak geri gelmesine kadar geçen süre) 30-40 dakikadır. Toplam süre (kontrol seğirme yüksekliğinin %90'ının spontan olarak geri gelmesine kadar geçen süre) 50 dakikadır.
0,6 mg/kg roküronyum bromür bolus dozunu takiben seğirme yanıtının %25'den %75 düzeyine spontan olarak geri dönmesi için geçen ortalama süre 14 dakikadır. 0,3-0,45 mg/kg roküronyum bromür (1-1 ½ x ED_{90}) düzeyindeki daha düşük dozlarda etkinin başlaması daha yavaş ve etki süresi daha kısadır. 2 mg/kg yüksek dozları ile, klinik süre 110 dakikadır.

Rutin anestezi sırasında entübasyon:
0,6 mg/kg roküronyum bromür dozunun (intravenöz anestezi altında $2xED_{90}$) intravenöz uygulamasını takiben 60 saniye içerisinde neredeyse tüm hastalarda yeterli entübasyon koşulları sağlanmakta ve bunların %80'inde entübasyon koşulları en iyi olarak değerlendirilmektedir. Herhangi bir işlem için yeterli düzeyde genel kas paralizi 2 dakika içinde sağlanır. 0,45 mg/kg roküronyum bromür uygulamasını takiben 90 saniye sonra kabul edilebilir düzeyde entübasyon koşulları oluşmaktadır.

Hızlı sıralı indüksiyon:
Propofol veya fentanil/tiyopental anestezisi altında hızlı sıralı anestezi indüksiyonu sırasında, 1 mg/kg bromür düzeyindeki bir dozu takiben 60 saniye içerisinde hastaların sırasıyla %93 ve %96'sında yeterli entübasyon koşulları sağlanabilmektedir. Bunların %70'i en iyi olarak değerlendirilmektedir. Bu dozun klinik etki süresi 1 saate yaklaşmaktadır ve sürenin sonunda nöromüsküler blokaj güvenli bir şekilde geri döndürülebilmektedir. 0,6 mg/kg roküronyum bromür dozunu takiben, propofol veya fentanil/tiyopental ile hızlı sıralı indüksiyon tekniği sırasında hastaların sırasıyla %81 ve %75'inde 60 saniye içerisinde yeterli entübasyon koşulları elde edilebilmektedir.

Özel popülasyonlar:

Pediyatrik hastalar:
Ortalama başlangıç zamanı infantlarda, bebeklerde ve çocuklarda 0,6 mg/kg roküronyum bromür dozunda, erişkinlerden biraz daha azdır. Gevşeme süresi ve uyanmaya kadar zamanı çocuklarda bebekler ve erişkinlere (1 dak.) göre daha kısadır (sırasıyla 0,4, 0,6 ve 0,8 dak.). İstirahat evresi ve nekahat süresi çocuklarda infant ve yetişkinlere göre daha kısa olma eğilimindedir. Pediyatrik yaş grupları kıyaslandığında T_3 tekrar görülme ortalama zamanı, yenidoğan ve infantlarda (sırasıyla 56,7 ve 60,7 dak.) yeni yürüyen çocuklara kıyaslandığında, çocuk ve adolesanlarda (sırasıyla 45,4, 37,6 ve 42,9 dakikadır).

Sevofluran/nitrik oksit ve izofluran/nitrik oksit (idame) anestezisi (pediyatrik hastalar) (PP grup) sırasında 0,6 mg/kg roküronyum başlangıç entübasyon dozunu* takiben ortalama (SS) başlangıç zamanı ve klinik süre

	Maksimum blokaj süresi ** (dak)	T3'ün tekrar görülme zamanı** (dak)
Yenidoğanlar (0-27 gün) n=10	0,98 (0,62)	56,69 (37,04) n=9
İnfantlar (28 gün-2 ay) n=11	0,44 (0,19) n=10	60,71(16,52)
Bebekler (3 ay-23 ay) n=28	0,59 (0,27)	45,46 (12,94) n=27
Çocuklar (2- 11 yıl) n=34	0,84 (0,29)	37,58 (11,82)
Adolesanlar (12-17 yaş) n=31	0,98 (0,38)	42,90 (15,83) n=30

*5 saniye içinde uygulanan roküronyum dozu
**Uygulama sonunda hesaplanan roküronyum entübasyon dozu

Geriyatrik hastalar ve hepatik rahatsızlığı ve/veya biliyer sistem rahatsızlığı ve/veya renal rahatsızlığı olan hastalar
0,15 mg/kg roküronyum bromür düzeyindeki idame dozunun etki süresi enfluran ve izofluran anestezisi altındaki geriyatrik hastalarda ve karaciğer hastalığı ve/veya böbrek hastalığı olan hastalarda (yaklaşık 20 dakika), intravenöz anestezi altındaki boşaltım sistemi organı fonksiyon bozukluğu olan hastalara göre (yaklaşık 13 dakika) biraz daha uzun olmaktadır (Bkz. Bölüm 4.2). Önerilen doz aralığında tekrarlayan idame dozlarında etki birikimi (etki süresindeki sürekli artış) gözlenmemiştir.

Yoğun bakım ünitesi:
Yoğun Bakım Birimi'ndeki sürekli infüzyondan sonra TOF (train-of-four) değerinin 0,7'ye yükselmesi için geçecek süre, nöromüsküler bloğun infüzyon sona erdiği zamanki derinliğine bağlıdır. 20 saat veya daha uzun süre devam eden sürekli infüzyondan sonra T_2'nin TOF stimülasyon düzeyine yükselmesiyle, TOF değerinin 0,7 saniyeye ulaşması arasında geçen yaklaşık medyan süre, çoğul organ yetersizlikleri olmayan hastalarda 1-5

saat arasında değişmek üzere yaklaşık 1,5 saat, çoğul organ yetersizlikleri olan hastalarda ise 1-25 saat arasında değişmek üzere 4 saattir.

Kardiyovasküler cerrahi:
Kardiyovasküler cerrahi hastalarında, 0,6-0,9 mg/kg CURON dozunu takiben maksimum blokajın başlaması sırasında görülen en yaygın kardiyovasküler değişiklikler, kalp atımında %9 düzeyine kadar hafif ve ortalama arteriyel kan basıncında kontrol değerlerine göre ortalama %16 oranında bir artıştır.

Kas gevşemesinin geri dönüşü:
T_2'nin yeniden ortaya çıkmasında ya da klinik iyileşmenin ilk belirtilerinde asetilkolinesteraz inhibitörlerinin (neostigmin, piridostigmin veya edrofonyum) uygulanması, CURON'un etkisini antagonize etmektedir.

5.2. Farmakokinetik özellikler

Genel özellikler

Emilim:
Roküronyum bromür bolus dozunun intravenöz yoldan uygulanmasını takiben plazma konsantrasyon zaman grafiği üç eksponensiyel fazda ilerlemektedir.

Dağılım:
Normal erişkinlerde, sabit koşullarda (görülen) dağılım hacmi 203 (193-214) ml/kg düzeyindedir.

Biyotransformasyon:
Metabolitleri plazmada tespit edilmemiştir.

Eliminasyon:
Normal erişkinlerde ortalama (%95 güvenlik aralığı) eliminasyon yarılanma ömrü 73 (66-80) dakika ve plazma klirensi 3,7 (3,5-3,9) ml/kg/dak düzeyindedir.
Roküronyum idrar ve safra yoluyla atılmaktadır. İdrar yoluyla atılım, 12-24 saat içerisinde %40 düzeyine yaklaşmaktadır. Radyoaktif işaretlenmiş bir roküronyum bromür dozunun enjekte edilmesini takiben radyoaktif etiketin 9 gün sonra ortalama atılma oranı idrardan %47 ve dışkıdan %43 düzeyindedir. Yaklaşık %50'si ana bileşik olarak elde edilmektedir.

Doğrusallık/Doğrusal olmayan durum:
Herhangi bir veri mevcut değildir.

Hastalardaki karakteristik özellikler

Pediyatrik hastalar:
0 ila 17 yaşları arasında değişen roküronyum bromürün pediyatrik hastalarda (n=146) farmakokinetiği, sevofluran (endüksiyon) ve isofluran/nitroz oksit (idame) anestezisi altında iki klinik çalışmanın farmakokinetik verilerinden popülasyon analizleri değerlendirilmiştir. Bütün farmakokinetik parametreler doğrusal olarak vücut ağırlığı ile

benzer klirens göstermiştir (1 $hr^{-1}.kg^{-1}$).Dağılım hacmi (1.kg^{-1}) ve eliminasyon yarı ömrü (h) yaş ile düşer (yıl). Her yaş grubundaki tipik pediyatrik farmakokinetik parametreler aşağıda özetlenmiştir:

Roküronyum bromürün tahmini PK parametreleri (ortalama [SS]), tipik pediyatrik hastalarda sevofluran ve nitroz oksit (endüksiyonu) ve izofluran/nitroz oksit (idame anestezisi)

PK Parametreleri	Hasta yaş aralığı				
	Yenidoğanlar (0-27 gün)	İnfantlar (28 gün-2 ay)	Bebekler (3-23 ay)	Çocuklar (2-11 yaş)	Adolesanlar (12-17 yaş)
CL (L/kg/saat)	0,31 (0,07)	0,30 (0,08)	0,33 (0,10)	0,35 (0,09)	0,29 (0,14)
Dağılım hacmi (L/kg)	0,42 (0,06)	0,31 (0,03)	0,23 (0,03)	0,18 (0,02)	0,18 (0,01)
$T_{1/2}\beta$ (saat)	1,1 (0,02)	0,9 (0,3)	0,8 (0,2)	0,7 (0,2)	0,8 (0,3)

Geriyatrik hastalar ve hepatik ve/veya biliyer sistem rahatsızlığı veya renal sistem rahatsızlığı olan hastalar:
Kontrollü çalışmalardaki geriyatrik hastalarda ve böbrek bozukluğu olan hastalardaki plazma klirensi azalmış olmakla birlikte çoğu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamaktadır. Karaciğer hastalığı olan hastalarda ortalama eliminasyon yarılanma ömrü 30 dakika uzamakta ve ortalama plazma klirensi 1 ml/kg/dak'e kadar azalmaktadır. (ayrıca Bkz. Bölüm 4.2).

Yoğun bakım ünitesi
20 saat veya daha uzun süreyle mekanik ventilasyon sağlamak için sürekli infüzyon olarak uygulandığında ortalama eliminasyon yarılanma ömrü ve sabit koşullardaki ortalama dağılım hacmi artış göstermektedir. Yapılan kontrollü çalışmalarda, (çoklu) organ yetmezliğinin nitelik ve kapsamına ve bireysel hasta özelliklerine bağlı olmak üzere hastalar arası büyük farklılıklar saptanmıştır. Çoklu organ yetmezliği olan hastalarda ortalama (± SS) eliminasyon yarılanma ömrü 21,5 (± 3,3) saat, durağan durumdaki dağılım hacmi 1,5 (± 0,8) 1/kg ve plazma klirensi 2,1 (± 0,8) ml/kg/dak olarak saptanmıştır (Bkz. Bölüm 4.2).

5.3. Klinik öncesi güvenlilik verileri

Klinik-dışı çalışmalardaki etkilerin yalnızca insanlardaki en yüksek maruziyeti aşan düzeylerde görülmesi, klinikte pek önem taşımadıklarını gösterir.

Yoğun bakım ünitesi hastasının karmaşık klinik durumunu taklit edebilecek uygun bir hayvan modeli mevcut değildir. Bu nedenle CURON'un Yoğun Bakım Ünitesinde mekanik ventilasyon sağlamak için kullanıldığında güvenliği büyük ölçüde klinik çalışmalarda elde edilen sonuçlara dayanmaktadır.

6. FARMASÖTİK ÖZELLİKLER

6.1. Yardımcı maddelerin listesi

- Sodyum klorür
- Sodyum asetat
- Asetik asit
- Enjeksiyonluk su

6.2. Geçimsizlikler

Aşağıda belirtilen ilaçları içeren solüsyonlara CURON ilave edildiğinde fiziksel uyumsuzluk rapor edilmiştir:
amfoterisin, amoksisilin, azatiyoprin, sefazolin, kloksasilin, deksametazon, diazepam, enoksimon, eritromisin, famotidin, furosemid, hidrokortizon sodyum süksinat, insülin, intralipid, metaheksital, metilprednizolon, prednizolon sodyum süksinat, tiyopental, trimetoprim ve vankomisin.

CURON'un uyumlu olduğu belirtilen (Bkz. Kullanma talimatı bölümü) solüsyonlar dışında başka solüsyon ya da ilaçla aynı torba ya da şırıngada karıştırılması önerilmemektedir.

CURON, uyumsuz olduğu belirlenmiş ya da uyumluluğu henüz ispatlanmamış başka ilaçlar için kullanılmış infüzyon hattı yoluyla verilmek zorunda ise, bu infüzyon yolunun tam olarak yıkanması (örneğin % 0,9 NaCl) ile önemlidir.

6.3. Raf ömrü

Açılmamış flakon
Öngörülen koşullar altında muhafaza edilmesi koşuluyla (bkz. Özel Saklama Koşulları)36 aydır. Karton ve flakon etiketi üzerinde belirtilen tarih son kullanım tarihidir; bu CURON'un son olarak kullanılabileceği tarihtir.

Açılmış flakon
CURON herhangi bir koruyucu madde ihtiva etmediğinden çözelti flakonu açıldıktan sonra hemen kullanılmalıdır.

Seyreltildikten sonra (Bkz. Bölüm 6.6)
İnfüzyon sıvıları ile önerildiği şekilde seyreltmeden sonra fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik olarak 30°C'de 24 saattir. Mikrobiyolojik bir bakış açısından; seyreltik ürün derhal kullanılmalıdır. Eğer derhal kullanılmazsa, kullanım-içinde saklama zamanları ve koşulları kullanımdan önce kullanıcının/yöneticinin sorumluluğundadır ve seyreltme kontrollü ve onaylanmış aseptik koşullarda gerçekleşmediyse, 2 - 8°C arasında 24 saatten fazla olamaz.

6.4. Saklamaya yönelik özel tedbirler

CURON karanlıkta ve 2-8°C arasında saklanmalıdır. Ürün katkı maddesi içermediğinden, flakon açıldıktan sonra derhal kullanılması gereklidir.

Ürün bir kez açıldıktan sonra tekrar buzdolabına konamaz. Saklama süresi raf ömrünü geçemez.

Tıbbi ürünün ilk açılmasından sonraki saklama koşulları için bölüm 6.3'e bakınız.

6.5. Ambalajın niteliği ve içeriği

5 ml'lik, 5 veya 12 adet, bromobutil lastik tıpalı, flip-off alüminyum başlıklı, tip I renksiz cam flakon.

6.6. Beşeri tıbbi üründen arta kalan maddelerin imhası ve diğer özel önlemler

Aşağıdaki infüzyon sıvıları ile uyumluluk çalışmaları gerçekleştirilmiştir: 0,5 mg/ml ve 2,0 mg/ml düzeyindeki nominal konsantrasyonlarda CURON'un şu ilaçlarla uyumlu olduğu gösterilmiştir: % 0,9 NaCl, % 5 dekstroz, Salin (tuzlu su) içinde % 5 dekstroz, enjeksiyon için steril su, Ringer Laktat ve Haemaccel.

Uygulamaya karıştırmadan hemen sonra başlanmalı ve 24 saat içerisinde tamamlanmalıdır. Kullanılmamış solüsyonlar atılmalıdır.

Kullanılmamış olan ürünler ya da atık materyal "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" ve "Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği"ne uygun olarak imha edilmelidir.

7. RUHSAT SAHİBİ

Gensenta İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Büyükdere Cad. Ali Kaya Sok. No: 5
Levent, Şişli, İstanbul

8. RUHSAT NUMARASI(LARI)

246/50

9. İLK RUHSAT TARİHİ / RUHSAT YENİLEME TARİHİ

İlk ruhsat tarihi: 29.11.2012
Ruhsat yenileme tarihi: 24.10.2018

10. KÜB'ÜN YENİLENME TARİHİ