

Текст маркування до реєстраційного посвідчення
від _____

**ВІДОМОСТІ, ЩО ВКАЗУЮТЬСЯ НА ЗОВНІШНІЙ УПАКОВЦІ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ
АТРАКУРІУМ-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл
Пачка – ВТОРИННА УПАКОВКА (№5×1)**

1. НАЗВА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Атракуріум-Дарниця
Atracurium

2. КІЛЬКІСТЬ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ

1 мл (ml) розчину містить атракуріуму бесилату 10 мг (mg).

3. ПЕРЕЛІК ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН

Допоміжні речовини: бензолсульфонова кислота, вода для ін'єкцій.

4. ЛІКАРСЬКА ФОРМА ТА КІЛЬКІСТЬ ОДИНИЦЬ В УПАКОВЦІ

Розчин для ін'єкцій
5 ампул по 5 мл (ml)
10 мг/мл (mg/ml)

5. СПОСІБ ТА ШЛЯХ ВВЕДЕННЯ

Стерильно
Внутрішньовенно

**6. ОСОБЛИВІ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ
У НЕДОСТУПНОМУ ДЛЯ ДІТЕЙ МІСЦІ**

Зберігати у недоступному для дітей місці.

7. ІНШІ ОСОБЛИВІ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

8. ДАТА ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІНУ ПРИДАТНОСТІ

Зазначається місяць та рік, після якого лікарський засіб не застосовується

9. УМОВИ ЗБЕРІГАННЯ

Зберігати в оригінальній упаковці при температурі від 2 °С до 8 °С. Не заморозувати.

**10. ОСОБЛИВІ ВКАЗІВКИ ЩОДО НЕВИКОРИСТАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ АБО
ВІДХОДІВ, ЯКІ ЗАЛИШАЮТЬСЯ ПІСЛЯ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ**

11. НАЙМЕНУВАННЯ І МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ВИРОБНИКА ТА/АБО ЗАЯВНИКА

ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»
Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13

12. НОМЕР РЕЄСТРАЦІЙНОГО ПОСВІДЧЕННЯ

Зазначається

13. НОМЕР СЕРІЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Зазначається

14. КАТЕГОРІЯ ВІДПУСКУ

Відпускається за рецептом.

**15. ДЛЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ПРИЗНАЧЕНІ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО
ЛІКУВАННЯ – ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ**

16. ІНФОРМАЦІЯ, ЯКА НАНОСИТЬСЯ ШРИФТОМ БРАЙЛЯ

17. ІНШЕ

Зазначається логотип заявника/виробника
Зазначається штрихкод лікарського засобу
Зазначається QR-код
Зазначаються міжнародні позначення одиниць вимірювання (відповідно до системи SI)

МІНІМУМ ВІДОМОСТЕЙ, ЩО ВКАЗУЮТЬСЯ НА ПЕРВИННІЙ УПАКОВЦІ НЕВЕЛИКОГО РОЗМІРУ (БЛІСТЕР, СТРИП, АМПУЛА ТОЩО)
АТРАКУРІУМ-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл
Ампула – ПЕРВИННА УПАКОВКА

1. НАЗВА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Атракуріум-Дарниця

2. КІЛЬКІСТЬ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ

10 мг/мл (mg/ml)

5 мл (ml)

3. НОМЕР СЕРІЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Зазначається

4. ДАТА ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІНУ ПРИДАТНОСТІ

Зазначається місяць та рік, після якого лікарський засіб не застосовується

5. НАЙМЕНУВАННЯ ВИРОБНИКА І, ЗА НЕОБХІДНОСТІ – ЗАЯВНИКА

—

6. ІНШЕ

—