

## **ANHANG I**

### **ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS**

## **1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten

## **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG**

### Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 100 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 200 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 400 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 600 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 800 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 1 000 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 1 200 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 1 400 Mikrogramm Selexipag.

### Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten

Jede Filmtablette enthält 1 600 Mikrogramm Selexipag.

Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

### **3. DARREICHUNGSFORM**

Filmtablette

#### Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, hellgelbe Filmtabletten mit 3,0 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „1“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, hellgelbe Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „2“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, rote Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „4“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, hellviolette Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „6“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, grüne Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „8“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, orangefarbene Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „10“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, dunkelviolette Filmtablette mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „12“ gekennzeichnet ist.

#### Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, dunkelgelbe Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „14“ gekennzeichnet sind.

#### Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten

Runde, braune Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „16“ gekennzeichnet sind.

### **4. KLINISCHE ANGABEN**

#### **4.1 Anwendungsgebiete**

Uptravi ist indiziert für die Langzeitbehandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) bei erwachsenen Patienten der WHO-Funktionsklasse (WHO-FC) II bis III entweder als Kombinationstherapie bei Patienten, deren Erkrankung mit einem Endothelin-Rezeptor-Antagonisten

(ERA) und/oder einem Phosphodiesterase-5 (PDE-5)-Inhibitor unzureichend kontrolliert ist oder als Monotherapie bei Patienten, die für diese Therapien nicht infrage kommen.

Die Wirksamkeit wurde bei PAH, einschließlich idiopathischer und erblicher PAH, PAH in Assoziation mit Bindegewbserkrankungen und PAH in Assoziation mit korrigierten einfachen angeborenen Herzfehlern nachgewiesen (siehe Abschnitt 5.1).

## **4.2 Dosierung und Art der Anwendung**

Die Behandlung sollte nur durch einen Arzt eingeleitet und überwacht werden, der in der Behandlung der PAH erfahren ist.

### Dosierung

#### *Individualisierte Dosistitration*

Für jeden Patienten sollte bis zur höchsten individuell verträglichen Dosis hochtitriert werden. Diese kann zwischen 200 Mikrogramm zweimal täglich und 1 600 Mikrogramm zweimal täglich liegen (individualisierte Erhaltungsdosis).

Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 200 Mikrogramm zweimal täglich. Die Tabletten sollten im Abstand von etwa 12 Stunden eingenommen werden. Die Dosis wird üblicherweise wöchentlich in Schritten von 200 Mikrogramm zweimal täglich gesteigert. Zu Behandlungsbeginn und zu jedem Titrationsschritt wird empfohlen, die erste Dosis am Abend einzunehmen. Während der Dosistitration können Nebenwirkungen auftreten, die den Wirkmechanismus von Selexipag widerspiegeln (z. B. Kopfschmerzen, Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen, Kieferschmerzen, Myalgie, Extremitätenschmerz, Arthralgie und Flush). Diese Nebenwirkungen sind üblicherweise vorübergehend oder mit einer symptomatischen Therapie behandelbar (siehe Abschnitt 4.8). Jedoch sollte die Dosis auf das vorherige Dosislevel reduziert werden, wenn der Patient eine Dosis erreicht, die nicht toleriert werden kann.

Bei Patienten, bei denen die Titration zur Dosissteigerung durch andere Gründe als Nebenwirkungen limitiert wurde, die auf dem Wirkmechanismus von Selexipag beruhen, kann ein zweiter Versuch zur Dosissteigerung bis zur höchsten individuell verträglichen Dosis bis zu einer maximalen Dosis von 1 600 Mikrogramm zweimal täglich erwogen werden.

#### *Individualisierte Erhaltungsdosis*

Die höchste verträgliche Dosis, die während der Dosistitration erreicht wurde, sollte beibehalten werden. Wenn die Therapie im Zeitverlauf bei gegebener Dosis weniger gut vertragen wird, sollte eine symptomatische Behandlung und/oder eine Dosisreduktion auf die nächstgeringere Dosis in Betracht gezogen werden.

#### *Unterbrechungen und Beendigungen*

Wenn eine Dosis vergessen wurde, sollte sie schnellstmöglich nachträglich eingenommen werden. Die vergessene Dosis sollte nicht eingenommen werden, wenn der Zeitraum bis zur nächsten regulären Dosis kürzer als 6 Stunden ist.

Sofern die Behandlung für 3 oder mehr Tage ausgelassen wurde, sollte Uptravi in einer niedrigeren Dosis neu begonnen und anschließend hochtitriert werden.

Es liegen nur begrenzte Erfahrungen mit der abrupten Unterbrechung von Selexipag bei PAH-Patienten vor. Es gibt keine Hinweise für einen akuten Rebound.

Sofern die Entscheidung zum Therapieabbruch von Uptravi getroffen wurde, sollte dies jedoch schrittweise erfolgen und währenddessen eine alternative Behandlung initiiert werden.

#### *Dosisanpassungen bei gleichzeitiger Anwendung von moderaten CYP2C8-Inhibitoren*

Bei gleichzeitiger Anwendung von moderaten CYP2C8-Inhibitoren (z. B. Clopidogrel, Deferasirox und Teriflunomid) sollte die tägliche Gesamtdosis von Uptravi auf die Hälfte reduziert werden, indem

zweimal täglich jeweils die halbe Dosis angewendet wird. Alternativ kann die einmal tägliche Anwendung zur Erreichung der halben täglichen Gesamtdosis von Uptravi bei Patienten fortgesetzt werden, die bereits gut auf ein einmal tägliches Dosierungsschema eingestellt sind oder bei Patienten angewendet werden, für die die geeignete(n) Dosisstärke(n), die eine zweimal tägliche Anwendung mit der Hälfte der Dosis ermöglichen würde, nicht verfügbar ist. Wenn die Therapie in einer angewendeten Dosis nicht vertragen wird, sollte eine symptomatische Behandlung und/oder eine Dosisverringerung auf die nächstgeringere Dosis erwogen werden. Wenn die gleichzeitige Anwendung eines moderaten CYP2C8-Inhibitors beendet wird, sollte die tägliche Gesamtdosis von Uptravi gegebenenfalls erhöht werden. Die Höchstdosis von 1 600 Mikrogramm zweimal täglich sollte nicht überschritten werden (siehe Abschnitt 4.5).

### Besondere Patientengruppen

#### *Ältere Patienten (≥ 65 Jahre)*

Bei Patienten über 65 Jahre ist keine Dosisanpassung erforderlich (siehe Abschnitt 5.2). Für Patienten über 75 Jahre liegen nur begrenzte klinische Erfahrungen vor. Daher sollte Uptravi bei diesen Patienten mit Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitt 4.4).

#### *Eingeschränkte Leberfunktion*

Bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse C; siehe Abschnitt 4.4.) sollte Uptravi nicht angewendet werden. Bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse B) sollte die Anfangsdosis der Behandlung 100 Mikrogramm zweimal täglich betragen. Die anschließende wöchentliche Dosissteigerung in Schritten von 100 Mikrogramm zweimal täglich wird bis zum Auftreten von Nebenwirkungen gesteigert, die auf dem Wirkmechanismus von Selexipag beruhen und die nicht toleriert werden oder nicht behandelbar sind. Bei diesen Patienten beträgt die Höchstdosis 800 Mikrogramm, die zweimal täglich angewendet wird. Alternativ kann die einmal tägliche Anwendung zur Erreichung der halben täglichen Gesamtdosis von Uptravi bei Patienten fortgesetzt werden, die bereits gut auf ein einmal tägliches Dosierungsschema eingestellt sind oder bei Patienten angewendet werden, für die die geeignete(n) Dosisstärke(n), die eine zweimal tägliche Anwendung mit der Hälfte der Dosis ermöglichen würde, nicht verfügbar ist. Bei Patienten mit leichter Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse A) ist keine Dosisanpassung erforderlich.

#### *Nierenfunktionsstörungen*

Bei Patienten mit leichter oder moderater Nierenfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung erforderlich. Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate [eGFR] < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) ist keine Veränderung der Anfangsdosis notwendig; die Dosistitration sollte bei diesen Patienten mit Vorsicht vorgenommen werden (siehe Abschnitt 4.4).

#### *Kinder und Jugendliche*

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Selexipag bei Kindern von 2 bis unter 18 Jahren ist bisher noch nicht erwiesen. Zurzeit vorliegende vorläufige Daten werden in den Abschnitten 5.1 und 5.2 beschrieben; eine Dosierungsempfehlung kann jedoch nicht gegeben werden. Die Gabe von Selexipag wird bei Kindern und Jugendlichen nicht empfohlen.

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Selexipag bei Kindern im Alter von unter 2 Jahren ist nicht untersucht, da sich in tierexperimentellen Untersuchungen ein erhöhtes Risiko für eine Darminvagination zeigte. Die klinische Relevanz dieses Befundes ist nicht bekannt (siehe Abschnitt 5.3).

### Art der Anwendung

Zum Einnehmen.

Die Filmtabletten werden oral morgens und abends eingenommen. Um die Verträglichkeit zu verbessern, wird empfohlen, Uptravi zu den Mahlzeiten einzunehmen. Zudem sollte zu Beginn einer jeden Dosissteigerung während der Titrationsphase die erste gesteigerte Dosis abends eingenommen werden.

Die Filmtabletten müssen mit Wasser eingenommen werden. Die Tabletten sollen nicht geteilt oder zerkleinert werden, da die Tablettenbeschichtung den Wirkstoff vor Licht schützt.

Patienten mit eingeschränktem Sehvermögen oder blinde Patienten müssen angewiesen werden, bei der Einnahme von Uptravi während der Titrationsphase von einer anderen Person Unterstützung zu erhalten.

#### **4.3 Gegenanzeigen**

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.
- Schwere koronare Herzerkrankung oder instabile Angina pectoris.
- Myokardinfarkt innerhalb der letzten 6 Monate.
- Dekompensierte Herzinsuffizienz, sofern nicht engmaschig überwacht.
- Schwere Arrhythmien.
- Zerebrovaskuläre Ereignisse (z. B. transiente ischämische Attacke, Schlaganfall) innerhalb der letzten 3 Monate.
- Angeborene oder erworbene Klappendefekte mit klinisch relevanten myokardialen Funktionsstörungen, die nicht mit einer pulmonalen Hypertonie in Verbindung stehen.
- Gleichzeitige Anwendung von starken CYP2C8-Inhibitoren (z. B. Gemfibrozil, siehe Abschnitt 4.5).

#### **4.4 Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung**

##### Arterielle Hypotonie

Selexipag hat vasodilatatorische Eigenschaften, die zu einer Blutdrucksenkung führen können. Vor der Verschreibung von Uptravi sollte vom behandelnden Arzt sorgfältig überprüft werden, ob sich bei Patienten mit bestimmten Grunderkrankungen die Therapie mit Uptravi durch vasodilatatorische Effekte nachteilig auswirken könnte (z. B. unter antihypertensiver Therapie oder bei Hypotonie in Ruhe, Hypovolämie, schwerer linksventrikulärer Ausflussobstruktion oder autonomer Dysfunktion) (siehe Abschnitt 4.8).

##### Hyperthyreose

Unter Uptravi wurde eine Hyperthyreose beobachtet. Schilddrüsenfunktionstests werden je nach klinischer Indikation beim Vorliegen von Anzeichen oder Symptomen einer Hyperthyreose empfohlen (siehe Abschnitt 4.8).

##### Pulmonale veno-okklusive Erkrankung

Bei Patienten mit veno-okklusiver Erkrankung wurde unter Therapie mit Vasodilatoren (hauptsächlich Prostacycline) über Fälle von Lungenödem berichtet. Daher sollte beim Auftreten von Symptomen eines Lungenödems, während der Anwendung von Uptravi bei PAH-Patienten, die Möglichkeit einer pulmonalen veno-okklusiven Erkrankung in Betracht gezogen werden. Sofern sich dies bestätigt, muss die Behandlung beendet werden.

##### Ältere Patienten (≥ 65 Jahre)

Für Patienten über 75 Jahre liegen nur begrenzte klinische Erfahrungen mit Selexipag vor. Daher sollte Uptravi bei diesen Patienten mit Vorsicht angewendet werden (siehe Abschnitt 4.2).

##### Eingeschränkte Leberfunktion

Es liegen keine klinischen Erfahrungen zu Selexipag bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung vor (Child-Pugh-Klasse C), daher soll die Behandlung bei diesen Patienten nicht eingesetzt werden. Die

Exposition mit Selexipag und seinem aktiven Metaboliten ist bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung erhöht (z. B. Child-Pugh-Klasse B; siehe Abschnitt 5.2). Bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung sollte die tägliche Gesamtdosis von Uptravi verringert werden (siehe Abschnitt 4.2).

#### Nierenfunktionsstörungen

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate [eGFR] < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) sollte die Dosistitration mit Vorsicht vorgenommen werden. Es liegen keine Erfahrungen mit Uptravi bei Dialyse-Patienten vor (siehe Abschnitt 5.2), daher wird Uptravi bei diesen Patienten nicht empfohlen.

#### Frauen im gebärfähigen Alter

Frauen im gebärfähigen Alter sollten während der Einnahme von Selexipag eine wirksame Methode zur Empfängnisverhütung anwenden (siehe Abschnitt 4.6).

### **4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen**

#### Einfluss anderer Arzneimittel auf Selexipag

Selexipag wird durch Carboxylesterasen zu seinem aktiven Metaboliten hydrolysiert (siehe Abschnitt 5.2). Selexipag und sein aktiver Metabolit werden beide hauptsächlich durch CYP2C8 und in kleinerem Umfang durch CYP3A4 oxidativ verstoffwechselt. Die Glucuronidierung des aktiven Metaboliten wird durch UGT1A3 und UGT2B7 katalysiert. Selexipag und sein aktiver Metabolit sind Substrate von OATP1B1 und OATP1B3. Selexipag ist ein schwaches Substrat der P-gp-Effluxpumpe. Der aktive Metabolit ist ein schwaches Substrat des Breast Cancer Resistance-Protein (BCRP).

Die Pharmakokinetik von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten wird nicht durch Warfarin beeinflusst.

#### *Inhibitoren von CYP2C8*

Bei zusätzlicher Gabe von zweimal täglich 600 mg Gemfibrozil, einem starken Inhibitor von CYP2C8, erhöhte sich die Exposition mit Selexipag auf etwa das Doppelte, während sich die Exposition mit dem aktiven Metaboliten von Selexipag, der hauptsächlich für die Wirkung verantwortlich ist, um etwa das 11-Fache erhöhte. Die gleichzeitige Anwendung von Uptravi mit starken Inhibitoren von CYP2C8 (z. B. Gemfibrozil) ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.3).

Die gleichzeitige Anwendung von Uptravi mit Clopidogrel (Aufsättigungsdosis von 300 mg oder Erhaltungsdosis von 75 mg einmal täglich), einem moderaten Inhibitor von CYP2C8, hatte keine relevante Wirkung auf die Exposition gegenüber Selexipag, erhöhte aber die Exposition gegenüber dem aktiven Metaboliten um etwa das 2,2-Fache (Aufsättigungsdosis) bzw. das 2,7-Fache (Erhaltungsdosis) im Anschluss an die entsprechende Dosierung. Bei gleichzeitiger Anwendung mit moderaten CYP2C8-Inhibitoren (z. B. Clopidogrel, Deferasirox, Teriflunomid) sollte die tägliche Gesamtdosis von Uptravi verringert werden, indem jede Dosis auf die Hälfte reduziert wird. Alternativ kann die einmal tägliche Anwendung zur Erreichung der halben täglichen Gesamtdosis von Uptravi bei Patienten fortgesetzt werden, die bereits gut auf ein einmal tägliches Dosierungsschema eingestellt sind oder bei Patienten angewendet werden, für die die geeignete(n) Dosisstärke(n), die eine zweimal tägliche Anwendung mit der Hälfte der Dosis ermöglichen würde, nicht verfügbar ist. Wenn die gleichzeitige Anwendung eines moderaten CYP2C8-Inhibitors beendet wird, sollte die tägliche Gesamtdosis von Uptravi gegebenenfalls erhöht werden. Die Höchstdosis von 1 600 Mikrogramm zweimal täglich sollte nicht überschritten werden (siehe Abschnitt 4.2).

#### *Induktoren von CYP2C8*

Die zusätzliche Gabe von einmal täglich 600 mg Rifampicin, einem Induktor von CYP2C8 (und UGT Enzymen), veränderte die Exposition mit Selexipag nicht, während sich die Exposition mit dem aktiven Metaboliten von Selexipag auf die Hälfte reduzierte. Bei gleichzeitiger Gabe von CYP2C8-Induktoren

(z. B. Rifampicin, Carbamazepin, Phenytoin) kann eine Dosisanpassung von Selexipag erforderlich sein.

#### *Inhibitoren von UGT1A3 und UGT2B7*

Der Einfluss von starken Inhibitoren von UGT1A3 und UGT2B7 (Valproinsäure, Probenicid und Fluconazol) auf die Exposition mit Selexipag und seinem aktiven Metaboliten wurde nicht untersucht. Bei der gleichzeitigen Anwendung dieser Medikamente zusammen mit Uptravi ist Vorsicht geboten. Eine potenzielle pharmakokinetische Interaktion mit starken Inhibitoren von UGT1A3 und UGT2B7 kann nicht ausgeschlossen werden.

#### *Inhibitoren oder Induktoren von CYP3A4*

Bei zusätzlicher Gabe von zweimal täglich 400 mg/100 mg Lopinavir/Ritonavir, einem starken Inhibitor von CYP3A4, erhöhte sich die Exposition mit Selexipag auf etwa das Doppelte, während die Exposition mit dem aktiven Metaboliten von Selexipag unverändert blieb. Angesichts der 37-fach stärkeren Wirksamkeit des aktiven Metaboliten wird dies als klinisch nicht relevant angesehen. Da ein starker Inhibitor von CYP3A4 die Pharmakokinetik des aktiven Metaboliten nicht beeinflusst, scheint der CYP3A4-Signalweg für die Elimination des aktiven Metaboliten nicht von Bedeutung zu sein. Es ist daher auch kein Einfluss eines CYP3A4-Induktors auf die Pharmakokinetik des aktiven Metaboliten zu erwarten.

#### *PAH-spezifische Therapien*

In der placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten führte die Gabe von Selexipag in Kombination mit einem ERA und einem PDE-5-Inhibitor zu einer Reduktion der Exposition des aktiven Metaboliten um 30 %.

#### *Transporter-Inhibitoren (Lopinavir/Ritonavir)*

Bei zusätzlicher Gabe von zweimal täglich 400 mg/100 mg Lopinavir/Ritonavir, einem starken OATP (OATP1B1 und OATP1B3) und P-gp-Inhibitor, erhöhte sich die Exposition mit Selexipag auf etwa das Doppelte, während die Exposition mit dem aktiven Metaboliten von Selexipag unverändert blieb. Da der pharmakologische Effekt von Selexipag hauptsächlich auf dem aktiven Metaboliten beruht, wird dies als klinisch nicht relevant angesehen.

#### Einfluss von Selexipag auf andere Medikamente

Selexipag und sein aktiver Metabolit sind in klinisch relevanten Konzentrationen keine Inhibitoren oder Induktoren der Cytochrom-P450-Enzyme und Transportproteine.

#### *Antikoagulanzen oder Inhibitoren der Thrombozytenaggregation*

Selexipag ist *in vitro* ein Inhibitor der Thrombozytenaggregation. In der placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten ließ sich kein erhöhtes Blutungsrisiko im Vergleich mit Placebo feststellen. Das gilt auch, wenn Selexipag mit Antikoagulanzen (wie Heparin, Antikoagulanzen vom Cumarin-Typ) oder Inhibitoren der Thrombozytenaggregation angewendet wurde. In einer Studie mit gesunden Probanden hatte Selexipag (400 Mikrogramm zweimal täglich) nach Einmalgabe von 20 mg Warfarin keinen Einfluss auf die Exposition mit S-Warfarin (CYP2C9-Substrat) oder R-Warfarin (CYP3A4-Substrat). Der pharmakodynamische Effekt von Warfarin auf die International Normalized Ratio (INR) wurde durch Selexipag nicht beeinflusst.

#### *Midazolam*

Im stabilen Gleichgewicht nach Auftitrierung bis zur zweimal täglichen Gabe von 1 600 Mikrogramm Selexipag wurden weder gegenüber Midazolam, einem intestinalen und hepatischen CYP3A4 Substrat, noch gegenüber seinem Metaboliten L-Hydroxymidazolam klinisch relevante Veränderungen beobachtet. Die gleichzeitige Gabe von Selexipag mit CYP3A4 Substraten bedarf keiner Dosisanpassung.

#### *Hormonale Kontrazeptiva*

Es wurden keine spezifischen Studien zu Arzneimittel-Wechselwirkungen mit hormonalen Kontrazeptiva durchgeführt. Da Selexipag nicht die Exposition mit den CYP3A4-Substraten



Midazolam und R-Warfarin oder dem CYP2C9-Substrat S-Warfarin beeinflusste, wird keine reduzierte Wirksamkeit hormonaler Kontrazeptiva erwartet.

#### **4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit**

##### Frauen im gebärfähigen Alter

Frauen im gebärfähigen Alter sollten während der Einnahme von Selexipag eine wirksame Methode zur Empfängnisverhütung anwenden (siehe Abschnitt 4.4).

##### Schwangerschaft

Es liegen keine Daten zum Einsatz von Selexipag bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien lassen keine direkten oder indirekten schädlichen Auswirkungen hinsichtlich einer Reproduktionstoxizität erkennen. Selexipag und sein Hauptmetabolit zeigten in *in vitro* Studien an Tierarten, die zur Untersuchung von Reproduktionstoxizität im Vergleich zum Menschen benutzt werden, eine 20- bis 80-fach niedrigere Prostacyclin (IP)-Rezeptorpotenz. Daher sind die Sicherheitsmargen für potenzielle IP-Rezeptor-vermittelte Effekte auf die Reproduktion dementsprechend niedriger als für nicht-IP-assoziierte Effekte (siehe Abschnitt 5.3).

Uptravi wird nicht während der Schwangerschaft und bei Frauen im gebärfähigen Alter empfohlen, die keine Kontrazeption anwenden.

##### Stillzeit

Es ist nicht bekannt, ob Selexipag oder seine Metaboliten in die Muttermilch übergehen. Bei Ratten gehen Selexipag oder seine Metaboliten in die Milch über (siehe Abschnitt 5.3). Ein Risiko für den gestillten Säugling kann nicht ausgeschlossen werden. Uptravi sollte während der Stillzeit nicht angewendet werden.

##### Fertilität

Es liegen keine klinischen Daten vor. Bei Studien mit Ratten führten hohe Dosierungen von Selexipag zu vorübergehenden Störungen des Brunstzyklus, die nicht die Fertilität beeinflussten (siehe Abschnitt 5.3). Die Relevanz für Menschen ist nicht bekannt.

#### **4.7 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Uptravi hat geringen Einfluss auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen. Der klinische Status des Patienten sowie das Nebenwirkungsprofil von Selexipag (wie Kopfschmerzen oder arterielle Hypotonie, siehe Abschnitt 4.8) sollten bei der Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit und der Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen berücksichtigt werden.

#### **4.8 Nebenwirkungen**

##### Zusammenfassung des Sicherheitsprofils

Die am häufigsten berichteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen waren Kopfschmerzen, Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen, Kieferschmerzen, Myalgie, Extremitätenschmerz, Arthralgie und Flush. Diese Nebenwirkungen traten häufiger während der Hochtitrierungsphase auf. Die Mehrheit dieser Nebenwirkungen war leichten bis mittleren Schweregrades.

Die Sicherheit von Selexipag wurde in einer placebokontrollierten Phase-3-Langzeitstudie bei 1 156 erwachsenen Patienten mit symptomatischer PAH untersucht (GRIPHON-Studie). Die mittlere Therapiedauer betrug 76,4 Wochen (Median 70,7 Wochen) in der Selexipag-Gruppe und 71,2 Wochen (Median 63,7 Wochen) in der Placebo-Gruppe. Die Exposition mit Selexipag betrug bis zu 4,2 Jahre.

### Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen

Mit Selexipag assoziierte Nebenwirkungen, die in dieser zulassungsrelevanten GRIPHON-Studie und nach der Zulassung beobachtet wurden, finden sich in der unten stehenden Tabelle. Die Nebenwirkungen werden innerhalb jeder Systemorganklasse (SOC) nach Häufigkeit und abnehmendem Schweregrad angegeben. Die Häufigkeitskategorien sind folgendermaßen definiert: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ); häufig ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); gelegentlich ( $\geq 1/1\,000$ ,  $< 1/100$ ); selten ( $\geq 1/10\,000$ ,  $< 1/1\,000$ ); sehr selten ( $< 1/10\,000$ ).

| Systemorganklasse                                              | Sehr häufig                                                         | Häufig                                                          | Gelegentlich       |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems                   |                                                                     | Anämie*<br>Abfall der Hämoglobinkonzentration*                  |                    |
| Endokrine Erkrankungen                                         |                                                                     | Hyperthyreose*<br>Abfall Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) |                    |
| Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen                          |                                                                     | Reduzierter Appetit<br>Gewichtsverlust                          |                    |
| Erkrankungen des Nervensystems                                 | Kopfschmerzen*                                                      |                                                                 |                    |
| Herzerkrankungen                                               |                                                                     |                                                                 | Sinustachykardien* |
| Gefäßerkrankungen                                              | Flush*                                                              | Arterielle Hypotonie*                                           |                    |
| Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und des Mediastinums | Nasopharyngitis (nicht infektiöser Genese)                          | Verstopfte Nase                                                 |                    |
| Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts                        | Diarrhoe*<br>Übelkeit*<br>Erbrechen*                                | Abdominelle Schmerzen<br>Dyspepsie*                             |                    |
| Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes                 |                                                                     | Hautausschlag<br>Urtikaria<br>Erythem<br>Angioödem†             |                    |
| Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenerkrankungen       | Kieferschmerzen*<br>Myalgie*<br>Arthralgie*<br>Extremitätenschmerz* |                                                                 |                    |
| Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort   |                                                                     | Schmerzen                                                       |                    |

\* Siehe Abschnitt „Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen“

† Fälle von Angioödem mit einer Latenzzeit von mehr als 30 Tagen wurden nach der Zulassung berichtet

## Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen

### *Pharmakologische Wirkungen während Titration und Erhaltungstherapie*

Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der pharmakologischen Wirkung von Selexipag wurden häufig beobachtet, insbesondere während der Phase der individualisierten Dosistitration, und sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

| <b>Prostacyclin-typische Nebenwirkungen</b> | <b>Titration</b> |                | <b>Erhaltungstherapie</b> |                |
|---------------------------------------------|------------------|----------------|---------------------------|----------------|
|                                             | <b>Selexipag</b> | <b>Placebo</b> | <b>Selexipag</b>          | <b>Placebo</b> |
| Kopfschmerzen                               | 64 %             | 28 %           | 40 %                      | 20 %           |
| Diarrhoe                                    | 36 %             | 12 %           | 30 %                      | 13 %           |
| Übelkeit                                    | 29 %             | 13 %           | 20 %                      | 10 %           |
| Kieferschmerzen                             | 26 %             | 4 %            | 21 %                      | 4 %            |
| Myalgie                                     | 15 %             | 5 %            | 9 %                       | 3 %            |
| Extremitätenschmerz                         | 14 %             | 5 %            | 13 %                      | 6 %            |
| Erbrechen                                   | 14 %             | 4 %            | 8 %                       | 6 %            |
| Flush                                       | 11 %             | 4 %            | 10 %                      | 3 %            |
| Arthralgien                                 | 7 %              | 5 %            | 9 %                       | 5 %            |

Diese Veränderungen waren üblicherweise vorübergehend oder mit symptomatischer Therapie behandelbar. 7,5 % der Patienten unter Selexipag beendeten die Therapie wegen dieser Nebenwirkungen. Die ungefähre Rate schwerer Nebenwirkungen betrug 2,3 % in der Selexipag-Gruppe und 0,5 % unter Placebo. In der klinischen Praxis sprachen gastrointestinale Ereignisse auf Antidiarrhoika, Antiemetika sowie Mittel gegen Übelkeit und/oder Medikamente gegen funktionelle Magen-Darm-Beschwerden an. Schmerz-assoziierte Ereignisse wurden oft mit Analgetika wie Paracetamol behandelt.

### *Abfall der Hämoglobinkonzentration*

In einer placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten lagen die mittleren Veränderungen des Hämoglobin (Hb)-Wertes bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen im Vergleich zum Ausgangswert bei -0,34 bis -0,02 g/dl in der Selexipag-Gruppe versus -0,05 bis 0,25 g/dl in der Placebo-Gruppe. Ein Abfall der Hb-Werte versus Ausgangswert unter 10 g/dl wurde bei 8,6 % der Patienten unter Selexipag und bei 5,0 % der Patienten in der Placebo-Gruppe berichtet.

In einer placebokontrollierten Phase-3-Studie mit Patienten mit neu diagnostizierter PAH lagen die mittleren absoluten Veränderungen des Hämoglobin-Werts bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen im Vergleich zum Ausgangswert bei -1,77 bis -1,26 g/dl in der Dreifach-Therapie-Gruppe (Selexipag, Macitentan, Tadalafil) versus -1,61 bis -1,28 g/dl in der Zweifach-Therapie-Gruppe (Placebo, Macitentan und Tadalafil). Ein Abfall des Hämoglobin-Werts vom Ausgangswert auf unter 10 g/dl wurde bei 19,0 % der Patienten in der Dreifach-Therapie-Gruppe und bei 14,5 % der Patienten in der Zweifach-Therapie-Gruppe festgestellt. Anämie wurde in der Dreifach-Therapie-Gruppe sehr häufig (13,4 %) und in der Zweifach-Therapie-Gruppe häufig (8,3 %) berichtet.

### *Schilddrüsenfunktionstests*

In einer placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten wurde das Auftreten einer Hyperthyreose bei 1,6 % der Patienten in der Selexipag-Gruppe beobachtet, was bei keinem Patienten unter Placebo der Fall war (siehe Abschnitt 4.4). Bei den meisten Kontrolluntersuchungen wurde in der Selexipag-Gruppe ein Abfall (bis zu 0,3 mU/l von einem medianen Ausgangswert von 2,5 mU/l) des medianen TSH-Werts (Thyreidea-stimulierendes Hormon) beobachtet. In der Placebo-Gruppe waren geringe Veränderungen der medianen Werte nachzuweisen. In beiden Gruppen fanden sich keine wesentlichen Veränderungen der Trijodthyronin- oder Thyroxin-Werte.

### *Anstieg der Herzfrequenz*

In der placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten wurde ein vorübergehender Anstieg der mittleren Herzfrequenz um 3-4 Schläge pro Minute 2-4 Stunden nach der Einnahme beobachtet. Elektrokardiographische Untersuchungen zeigten bei 11,3 % der Patienten unter Selexipag eine

Sinustachykardie, verglichen mit 8,8 % der Patienten in der Placebo-Gruppe (siehe Abschnitt 5.1).

#### *Arterielle Hypotonie*

In der placebokontrollierten Phase-3-Studie mit PAH-Patienten wurde das Auftreten einer arteriellen Hypotonie bei 5,8 % der Patienten in der Selexipag-Gruppe und bei 3,8 % in der Placebo-Gruppe beschrieben. Die mittleren absoluten Veränderungen des systolischen Blutdrucks bei regelmäßigen Kontrollen im Vergleich zum Ausgangswert reichten von -2,0 bis -1,5 mmHg in der Selexipag-Gruppe im Vergleich zu -1,3 bis 0,0 mmHg in der Placebo-Gruppe, beim diastolischen Blutdruck reichten diese von -1,6 bis -0,1 mmHg in der Selexipag-Gruppe im Vergleich zu -1,1 bis 0,3 mmHg in der Placebo-Gruppe. Eine Senkung des systolischen Blutdrucks unter 90 mmHg wurde bei 9,7 % der Patienten in der Selexipag-Gruppe verglichen mit 6,7 % der Patienten in der Placebo-Gruppe dokumentiert.

#### *Dyspepsie*

In einer placebokontrollierten Phase-3-Studie mit Patienten mit neu diagnostizierter PAH wurde Dyspepsie bei Patienten, die eine Dreifach-Therapie (Selexipag, Macitentan, Tadalafil) erhielten, sehr häufig (16,8 %) berichtet, während sie bei Patienten, die eine Zweifach-Therapie (Placebo, Macitentan und Tadalafil) erhielten, häufig (8,3 %) berichtet wurde.

#### *Langzeitsicherheit*

Von den 1 156 Patienten, die an der zulassungsrelevanten Studie teilnahmen, wurden 709 Patienten in eine offene Langzeit-Verlängerungsstudie aufgenommen (330 Patienten aus der GRIPHON-Studie, die die Anwendung von Selexipag fortsetzten, und 379 Patienten, die in der GRIPHON-Studie Placebo erhalten hatten und auf Selexipag umgestellt wurden). Die Langzeitnachsbeobachtung der mit Selexipag behandelten Patienten ergab über eine mediane Behandlungsdauer von 30,5 Monaten bis maximal 103 Monaten ein Sicherheitsprofil, das mit dem in der oben beschriebenen zulassungsrelevanten klinischen Studie vergleichbar war.

#### Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das in Anhang V aufgeführte nationale Meldesystem anzuzeigen.

## **4.9 Überdosierung**

Es wurde über Einzelfälle einer Überdosierung bis zu 3 200 Mikrogramm bei Erwachsenen berichtet. Eine leichte und vorübergehende Übelkeit war die einzige berichtete Folge. Im Fall der Überdosierung sollten nach Bedarf Supportivmaßnahmen durchgeführt werden. Aufgrund der hohen Proteinbindung von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten ist eine Dialyse wahrscheinlich nicht wirksam.

## **5. PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN**

### **5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften**

Pharmakotherapeutische Gruppe: Antithrombotische Mittel, Thrombozytenaggregationshemmer exkl. Heparin, ATC-Code: B01AC27

#### Wirkmechanismus

Selexipag ist ein selektiver IP-Rezeptor-Agonist, der sich von Prostacyclin und seinen Analoga unterscheidet. Selexipag wird durch Carboxylesterasen zum aktiven Metaboliten hydrolysiert, der etwa 37-fach wirksamer ist als Selexipag. Selexipag und sein aktiver Metabolit sind hochaffine IP-Rezeptor-Agonisten mit einer hohen Selektivität für den IP-Rezeptor im Vergleich zu anderen Prostanoid-Rezeptoren (EP<sub>1</sub>–EP<sub>4</sub>, DP, FP und TP). Die Selektivität gegenüber EP<sub>1</sub>, EP<sub>3</sub>, FP und TP ist wichtig, da

diese als Rezeptoren mit kontraktile Wirkung im Gastrointestinaltrakt und in den Blutgefäßen bekannt sind. Die Selektivität gegenüber EP<sub>2</sub>, EP<sub>4</sub> und DP<sub>1</sub> ist wichtig, da diese Rezeptoren immunsuppressive Wirkungen vermitteln.

Die Stimulation des IP-Rezeptors durch Selexipag und seinen aktiven Metaboliten führt zur Vasodilatation sowie zur Hemmung von Zellproliferation und Fibrose. Selexipag verhindert im Rattenmodell der PAH ein kardiales und pulmonales Remodelling und führt zu einer proportionalen Abnahme des pulmonalen und peripheren Drucks. Dies spricht dafür, dass die periphere Vasodilatation die pulmonale pharmakodynamische Wirksamkeit widerspiegelt. Selexipag bewirkt *in vitro* im Rattenmodell weder eine Desensibilisierung des IP-Rezeptors noch eine Tachyphylaxie.

### Pharmakodynamische Wirkungen

#### *Kardiale Elektrophysiologie*

In einer QT-Studie bei gesunden erwachsenen Probanden zeigte die wiederholte Gabe von zweimal täglich 800 Mikrogramm und 1 600 Mikrogramm Selexipag keine Auswirkungen auf die kardiale Repolarisation (QTc-Intervall) oder Überleitung (PR- und QRS-Intervalle) bei geringer Zunahme der Herzfrequenz (der placebokorrigierte, Baseline-adjustierte Anstieg der Herzfrequenz erreichte 6-7 Schläge pro Minute 1,5-3 Stunden nach Einnahme von 800 Mikrogramm Selexipag und 9-10 Schläge pro Minute zu den gleichen Zeitpunkten nach Einnahme von 1 600 Mikrogramm Selexipag).

#### *Gerinnungsfaktoren*

In Phase-1- und -2-Studien wurde unter Selexipag ein leichter Abfall der Spiegel des Von-Willebrand-Faktors (vWF) im Plasma beobachtet; die vWF-Werte blieben oberhalb des unteren Normwertes.

#### *Pulmonale Hämodynamik*

Eine doppelblinde, placebokontrollierte klinische Phase-2-Studie untersuchte die Hämodynamik nach 17 Wochen Therapie bei erwachsenen PAH-Patienten der WHO-FC II bis III und gleichzeitiger Gabe von ERA und/oder PDE-5-Inhibitoren. Die Patienten, bei denen Selexipag bis zu einer individuell verträglichen Dosierung titriert wurde (Titrationsschritte von zweimal täglich 200 Mikrogramm bis zu zweimal täglich 800 Mikrogramm; n = 33), erzielten eine statistisch signifikante Reduktion des mittleren pulmonalen Gefäßwiderstands von 30,3 % (95 %-Konfidenzintervall [KI] -44,7 %, -12,2 %; p = 0,0045) sowie einen Anstieg des Herzindex (durchschnittlicher Therapieeffekt 0,48 l/min/m<sup>2</sup> (95 %-KI: 0,13, 0,83) verglichen mit Placebo (n = 10).

### Klinische Wirksamkeit und Sicherheit

#### *Wirksamkeit bei erwachsenen Patienten mit PAH (GRIPHON)*

Die Wirkung von Selexipag auf die Progression der PAH wurde in einer doppelblinden, placebokontrollierten, multizentrischen und ereignisgesteuerten Langzeitstudie (maximale Expositionsdauer ca. 4,2 Jahre) der Phase 3 im Parallelgruppendesign (GRIPHON) bei 1 156 Patienten mit symptomatischer PAH (WHO-FC I-IV) gezeigt. Die Patienten erhielten randomisiert zweimal täglich entweder Placebo (n = 582) oder Selexipag (n = 574). Die Dosis wurde in wöchentlichen Intervallen in Schritten von 200 Mikrogramm zweimal täglich gesteigert, um die individualisierte Erhaltungsdosis festzulegen (200-1 600 Mikrogramm zweimal täglich).

Der primäre Endpunkt war definiert als die Zeit bis zum Auftreten des ersten Morbiditäts- oder Mortalitätsereignisses bis zum Ende der Behandlung. Diese Ereignisse waren definiert als Tod jeglicher Ursache oder PAH-bedingte Hospitalisierung oder Progression der PAH mit der Notwendigkeit einer Lungentransplantation oder Ballon-Atrioseptostomie oder Beginn einer parenteralen Prostanoid-Therapie oder dauerhaften Sauerstoff-Gabe oder als „andere Progressionsereignisse“. Andere Progressionsereignisse waren bei Patienten in WHO-FC II oder III zu Studienbeginn definiert durch Reduktion der 6-Minuten-Gehstrecke (6-MWD) vom Ausgangswert um  $\geq 15$  % sowie Verschlechterung der WHO-FC sowie bei Patienten in WHO-FC III oder IV zu Studienbeginn durch Reduktion der 6-Minuten-Gehstrecke (6-MWD) vom Ausgangswert um  $\geq 15$  % und die Notwendigkeit einer zusätzlichen PAH-spezifischen Therapie.

Alle Ereignisse wurden von einem unabhängigen und verblindeten Bewertungskomitee bestätigt.

Das mittlere Alter der Patienten lag bei 48,1 Jahren (Bereich 18-80 Jahre). Die Mehrheit der Studienteilnehmer waren Kaukasier (65,0 %) und weiblich (79,8 %). 17,9 % der Patienten waren  $\geq 65$  und 1,1 %  $\geq 75$  Jahre. Etwa 1 %, 46 %, 53 % und 1 % der Patienten befanden sich zu Studienbeginn in der WHO-FC I, II, III und IV.

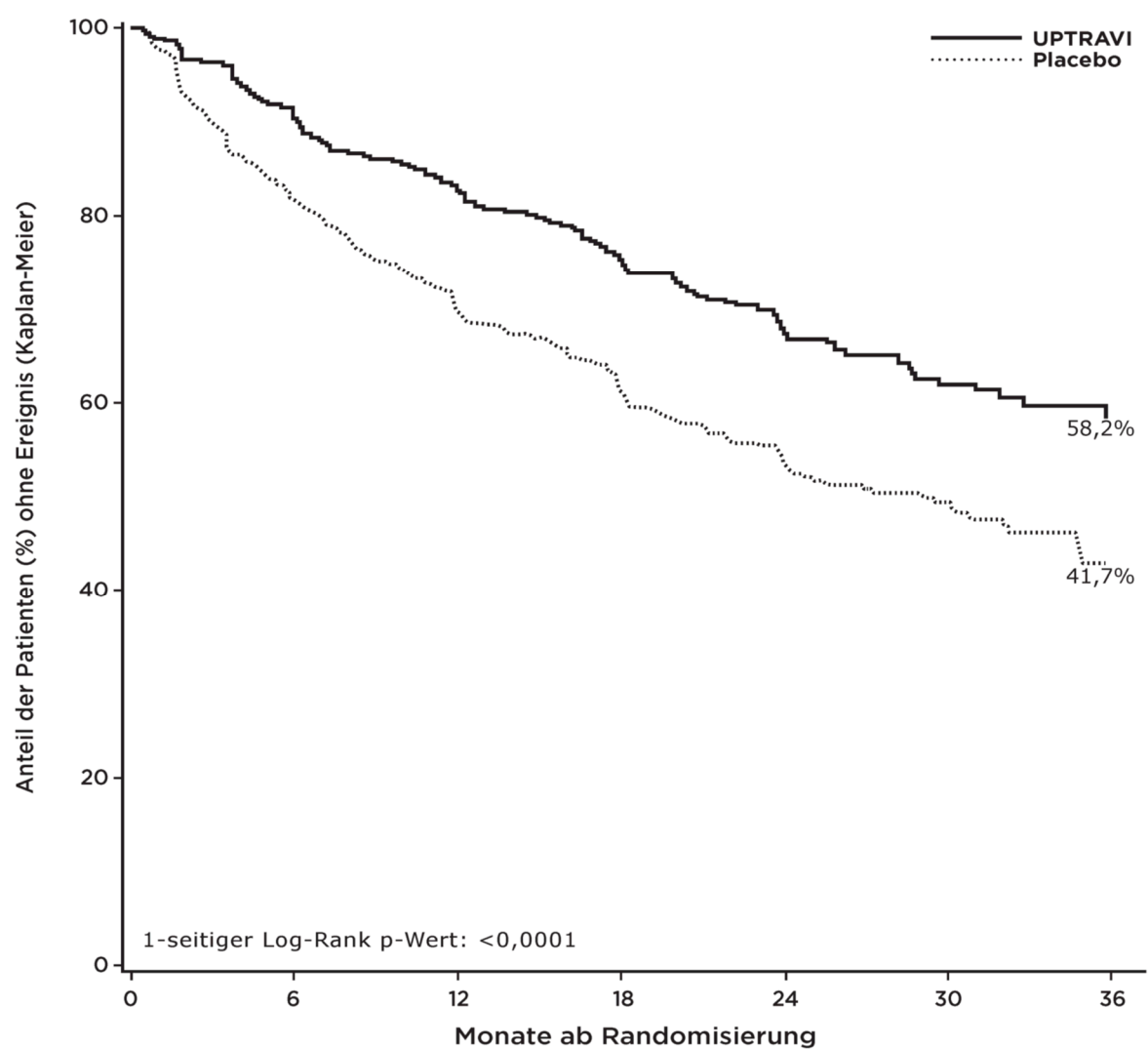
Die idiopathische/erbliche PAH war in der Studienpopulation die häufigste PAH-Ätiologie (58 %), gefolgt von PAH in Assoziation mit Bindegewebserkrankungen (29 %), PAH in Assoziation mit einfachen korrigierten angeborenen Herzfehlern (10 %) sowie PAH in Assoziation mit anderen Ätiologien (Arzneimittel und Toxine [2 %] und HIV [1 %]).

Die Mehrzahl der eingeschlossenen Patienten (80 %) war bei Studienbeginn bereits auf eine spezifische PAH-Therapie mit stabiler Dosis eingestellt, entweder mit einem ERA (15 %) oder einem PDE-5-Inhibitor (32 %) oder mit einem ERA und einem PDE-5-Inhibitor (33 %).

Die mediane Gesamtdauer der Doppelblindbehandlung betrug 63,7 Wochen für die Placebo-Gruppe und 70,7 Wochen für die Selexipag-Gruppe. 23 % der Patienten unter Selexipag erreichten eine Erhaltungsdosis im Bereich von 200 bis 400 Mikrogramm, 31 % eine Dosis zwischen 600 und 1 000 Mikrogramm und 43 % eine Dosis zwischen 1 200 und 1 600 Mikrogramm.

Die Behandlung mit Selexipag 200-1 600 Mikrogramm zweimal täglich führte im Vergleich zu Placebo zu einer 40 %-igen Risikoreduktion für das Auftreten eines Morbiditäts- oder Mortalitätsereignisses bis zu 7 Tage nach der letzten Einnahme (Hazard Ratio [HR] 0,60; 99 %-KI: 0,46, 0,78; Logrank p-Wert < 0,0001) (Abbildung 1). Der positive Effekt von Selexipag war in erster Linie auf die Reduktion der PAH-bedingten Hospitalisierungen und eine Reduktion anderer Progressionsereignisse zurückzuführen (Tabelle 1).

**Abbildung 1 Kaplan-Meier-Schätzungen für das erste Morbiditäts-Mortalitätsereignis**



**Zahl der gefährdeten Patienten**

|         |     |     |     |     |     |     |    |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| UPTRAVI | 574 | 455 | 361 | 246 | 171 | 101 | 40 |
| Placebo | 582 | 433 | 347 | 220 | 149 | 88  | 28 |

**Tabelle 1 Zusammenfassung der Ereignisse**

| Endpunkte und Statistik                                                           | Patienten mit einem Ereignis |                     | Therapievergleich: Selexipag vs. Placebo |                                     |                   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|----------|
|                                                                                   | Placebo (n = 582)            | Selexipag (n = 574) | Absolute Risiko-reduktion                | Relative Risiko-reduktion (99 %-KI) | HR (99 %-KI)      | p-Wert   |
| <b>Morbiditäts-Mortalitäts-ereignis<sup>a</sup></b>                               | 58,3 %                       | 41,8 %              | 16,5 %                                   | 40 % (22 %; 54 %)                   | 0,60 (0,46; 0,78) | < 0,0001 |
| <b>Hospitalisierung<sup>b</sup> aufgrund von PAH n (%)</b>                        | 109 (18,7 %)                 | 78 (13,6 %)         | 5,1 %                                    | 33 % (2 %; 54 %)                    | 0,67 (0,46; 0,98) | 0,04     |
| <b>Erkrankungs-progression<sup>b</sup> n (%)</b>                                  | 100 (17,2 %)                 | 38 (6,6 %)          | 10,6 %                                   | 64 % (41 %; 78 %)                   | 0,36 (0,22; 0,59) | < 0,0001 |
| <b>Beginn Prostanoid-i.v./s.c. oder Sauerstoff-therapien<sup>b, c</sup> n (%)</b> | 15 (2,6 %)                   | 11 (1,9 %)          | 0,7 %                                    | 32 % (−90 %; 76 %)                  | 0,68 (0,24; 1,90) | 0,53     |
| <b>Tod bis zum EOT + 7 Tage<sup>d</sup> n (%)</b>                                 | 37 (6,4 %)                   | 46 (8,0 %)          | −1,7 %                                   | −17 % (−107 %; 34 %)                | 1,17 (0,66; 2,07) | 0,77     |
| <b>Tod bis zum Studienende<sup>d</sup> n (%)</b>                                  | 105 (18,0 %)                 | 100 (17,4 %)        | 0,6 %                                    | 3 % (−39 %; 32 %)                   | 0,97 (0,68; 1,39) | 0,42     |

KI = Konfidenzintervall; EOT = Therapieende; HR = Hazard Ratio; i.v. = intravenös; PAH = pulmonal arterielle Hypertonie; s.c. = subkutan

- (a) Anteil der Patienten mit einem Ereignis nach 36 Monaten (%) =  $100 \times (1 - \text{Kaplan-Meier-Schätzung})$ ; Hazard Ratio geschätzt mittels Cox' Proportional-Hazard-Modell; nicht stratifizierter einseitiger Logrank-p-Wert
- (b) Anteil der Patienten mit einem Ereignis als Teil des primären Endpunkts bis zum EOT + 7 Tage; Hazard Ratio geschätzt mittels Aalen-Johansen-Methode; zweiseitiger Gray's-Test-p-Wert
- (c) Umfasst „Notwendigkeit einer Lungentransplantation oder atrialen Septostomie“ (1 Patient in der Selexipag-Gruppe und 2 in der Placebo-Gruppe)
- (d) Anteil der Patienten mit einem Ereignis bis zum EOT + 7 Tage oder bis zum Studienende (%); Hazard Ratio geschätzt mittels Cox' Proportional-Hazard-Modell; nicht stratifizierter einseitiger Logrank-p-Wert

Der numerische Anstieg der Todesfälle bis zum Ende der Behandlung + 7 Tage, aber nicht bis zum Studienende, wurde weiter mithilfe mathematischer Modellierung untersucht. Diese Untersuchung zeigte, dass das Ungleichgewicht der Todesfälle in Übereinstimmung mit der Vermutung eines neutralen Effekts auf die PAH-Mortalität und Reduktion der nicht-tödlichen Ereignisse ist.

Der für Selexipag versus Placebo beobachtete Therapieeffekt auf den primären Endpunkt war über die individualisierten Erhaltungsdosen hinweg konsistent, wie die Hazard Ratio für die drei vordefinierten Gruppen (0,60 für 200-400 Mikrogramm zweimal täglich, 0,53 für 600-1 000 Mikrogramm zweimal täglich und 0,64 für 1 200-1 600 Mikrogramm zweimal täglich) zeigte. Dies war konsistent zu dem gesamten Behandlungseffekt (0,60).

Die Wirksamkeit von Selexipag auf den primären Endpunkt war über alle Subgruppen hinweg konsistent (Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, PAH-Ätiologie, geographische Region, WHO-FC sowie unter Monotherapie oder in Kombination mit einem ERA oder PDE-5-Inhibitor oder als Triple-Therapie sowohl mit ERA als auch PDE-5-Inhibitor).

Die Zeit bis zum PAH-assoziierten Todesfall oder bis Hospitalisierung aufgrund einer PAH wurde als sekundärer Endpunkt untersucht. Das Risiko für ein Ereignis dieses Endpunkts wurde unter Selexipag



um 30% versus Placebo reduziert (HR 0,70, 99 %-KI: 0,50, 0,98; einseitiger Logrank  $p = 0,0031$ ). Der prozentuale Anteil von Patienten mit einem Ereignis bis Monat 36 betrug 28,9 % unter Selexipag und 41,3 % unter Placebo, das entspricht einer absoluten Risikoreduktion von 12,4 %.

Die Anzahl der Patienten, die als erstes Ereignis in Folge ihrer PAH verstarben oder aufgrund der PAH hospitalisiert werden mussten, betrug am Therapieende (EOT) 102 (17,8 %) in der Selexipag-Gruppe und 137 (23,5 %) unter Placebo. PAH-bedingt verstarben 16 (2,8 %) Patienten nach Gabe von Selexipag und 14 (2,4 %) Patienten im Placebo-Arm. 86 (15,0 %) Patienten unter Selexipag und 123 (21,1 %) Patienten unter Placebo mussten PAH-bedingt stationär behandelt werden. Selexipag reduzierte im Vergleich mit Placebo das Risiko für eine Hospitalisierung aufgrund von PAH als erstem Ereignis (HR 0,67, 99 %-KI: 0,46, 0,98; einseitiger Logrank  $p = 0,04$ ).

Die Gesamtzahl der Todesfälle jedweder Ursache bis Studienende (EOS) betrug unter Selexipag 100 (17,4 %) und 105 (18,0 %) unter Placebo (HR 0,97, 99 %-KI: 0,68, 1,39). Die Anzahl der PAH-assoziierten Todesfälle bis Studienende (EOS) lag bei 70 (12,2 %) unter Selexipag und 83 (14,3 %) in der Placebo-Gruppe.

#### *Symptomatische Endpunkte*

Als ein sekundärer Endpunkt wurde die körperliche Leistungsfähigkeit evaluiert. Die mediane 6-Minuten-Gehstrecke (6 minute walk distance; 6-MWD) zu Studienbeginn betrug in der Selexipag-Gruppe 376 m (Bereich: 90-482 m) und 369 m (Bereich: 50-515 m) unter Placebo. Die Behandlung mit Selexipag führte zu einer placebokorrigierten mittleren Steigerung der 6-MWD, gemessen zum Zeitpunkt der niedrigsten Wirkstoffkonzentration (etwa 12 Stunden nach Einnahme), um 12 Meter bis Woche 26 (99 %-KI: 1,24 m; einseitiger Logrank  $p = 0,0027$ ). Bei Patienten ohne begleitende PAH-spezifische Therapie betrug der Behandlungseffekt zum Zeitpunkt der niedrigsten Wirkstoffkonzentration 34 m (99 %-KI: 10, 63 m).

Bei einer Subgruppe von Patienten der GRIPHON-Studie wurde die Lebensqualität mittels des CAMPHOR-Fragebogens (Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review) erfasst. Es zeigte sich kein signifikanter Behandlungseffekt vom Ausgangswert bis Woche 26.

#### *Langzeitdaten bei PAH*

Patienten, die in die zulassungsrelevante Studie (GRIPHON) aufgenommen worden waren, konnten an einer offenen Langzeit-Verlängerungsstudie teilnehmen. Insgesamt wurden 574 Patienten in der GRIPHON-Studie mit Selexipag behandelt; von diesen setzten 330 Patienten die Selexipag-Behandlung in der offenen Verlängerungsstudie fort. Die mediane Nachbeobachtungsdauer betrug 4,5 Jahre und die mediane Exposition gegenüber Selexipag 3 Jahre. Während der Nachbeobachtung wurde bei 28,4 % der Patienten neben Selexipag mindestens ein weiteres PAH-Arzneimittel angewendet. Der größte Teil der Behandlungsexposition (86,3 %) bei allen 574 Patienten wurde jedoch ohne Zugabe weiterer PAH-Arzneimittel erreicht. Die Überlebensschätzungen nach Kaplan-Meier betrugen für diese 574 Patienten in der GRIPHON-Studie und der Langzeit-Verlängerungsstudie nach 1, 2, 5 und 7 Jahren 92 %, 85 %, 71 % bzw. 63 %. Das Überleben nach 1, 2, 5 und 7 Jahren betrug bei 273 Patienten mit WHO-FC II zu Beginn der Zulassungsstudie 97 %, 91 %, 80 % bzw. 70 % und bei 294 Patienten mit WHO-FC III zu Studienbeginn 88 %, 80 %, 62 % bzw. 56 %. Da bei einem kleinen Patientenanteil eine zusätzliche PAH-Behandlung eingeleitet wurde und es in der Verlängerungsstudie keine Kontrollgruppe gab, kann der Überlebensvorteil von Selexipag anhand dieser Daten nicht bestätigt werden.

#### *Initiale Dreifach-Kombinationsbehandlung mit Selexipag, Macitentan und Tadalafil bei Patienten mit neu diagnostizierter PAH*

In einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie wurden insgesamt 247 Patienten mit neu diagnostizierter PAH randomisiert, um den Behandlungseffekt einer initialen Dreifach-Therapie (Selexipag, Macitentan und Tadalafil) ( $N = 123$ ) gegenüber einer initialen Zweifach-Therapie (Placebo, Macitentan und Tadalafil) ( $N = 124$ ) zu beurteilen. Der primäre Endpunkt, die Veränderung des pulmonalen Gefäßwiderstands (PVR) gegenüber dem Ausgangswert in Woche 26, wies keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf, zeigte jedoch in beiden Behandlungsgruppen eine Verbesserung gegenüber dem Ausgangswert (relative Verringerung um

54 % in der Gruppe mit initialer Dreifach-Therapie gegenüber 52 % in der Gruppe mit initialer Zweifach-Therapie). Im medianen Nachbeobachtungszeitraum von 2 Jahren starben 4 Patienten (3,4 %) in der Dreifach-Therapie-Gruppe und 12 Patienten (9,4 %) in der Zweifach-Therapie-Gruppe.

### Kinder und Jugendliche

#### *Vorläufige Wirksamkeit und Sicherheit bei pädiatrischen Patienten mit PAH (SALTO)*

Die Wirksamkeit und Sicherheit bei pädiatrischen Patienten im Alter von  $\geq 2$  bis  $< 18$  Jahren mit PAH wurde deskriptiv in einer multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten, Phase-3-Studie im Parallelgruppendesign (SALTO) untersucht. Insgesamt wurden 138 Patienten im Verhältnis 1:1 randomisiert, die entweder Selexipag (N = 69) oder Placebo (N = 69) zweimal täglich erhielten. Die Selexipag-Dosen von 100, 150 oder 200 Mikrogramm wurden je nach Gewichtsklasse und Verträglichkeit auf 800, 1 200 oder 1 600 Mikrogramm zweimal täglich auftitriert (siehe Abschnitt 5.2). Die Zwischenanalyse wurde durchgeführt, als 92 Patienten eine Behandlungsdauer von 24 Wochen erreicht hatten.

Der primäre Endpunkt der Studie war die Zeit bis zur ersten vom Clinical Events Committee (CEC) bestätigten Krankheitsprogression bis zu 7 Tage nach der letzten Dosis der Studienbehandlung. Zu den sekundären und explorativen Endpunkten gehörten die Sicherheit und Verträglichkeit, die Veränderung der 6-Minuten-Gehstrecke (6-MWD), der WHO-FC und der Werte des N-terminalen Prohormons des natriuretischen Peptids (NT-proBNP) sowie der Echokardiographie, der körperlichen Aktivität und der Beurteilungen der Lebensqualität.

Insgesamt betrug die mediane Behandlungsdauer 50 Wochen und etwa 50 % der Patienten erreichten eine Behandlungsdauer von 12 Monaten. Die Mehrheit der Patienten hatte idiopathische PAH (55,8 %), erhielt eine Hintergrund-Kombinationstherapie (74,6 %) und gehörte der WHO-FC II an (76,8 %). Das Durchschnittsalter betrug 11,8 Jahre (Bereich 3–18 Jahre).

In der Selexipag-Gruppe wurden bei 16 Patienten (23,2 %) und in der Placebo-Gruppe bei 11 Patienten (15,9 %) vom CEC bestätigte Progressionsereignisse berichtet.

Die Art der berichteten unerwünschten Ereignisse entsprach dem bekannten Sicherheitsprofil von Selexipag (vorwiegend Prostacyclin-ähnliche Nebenwirkungen; siehe Abschnitt 4.8) und den erwarteten Ereignissen bei einer PAH-Patientenpopulation einschließlich unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit der Progression der PAH. Während der Titrationsphase wurde die Nebenwirkung Erbrechen häufiger gemeldet (bei 19 Patienten [27,5 %] in der Selexipag-Gruppe und bei 5 Patienten [7,2 %] in der Placebo-Gruppe) im Vergleich zu Erwachsenen (siehe Abschnitt 4.8). Die Progression der PAH war das am häufigsten gemeldete schwerwiegende unerwünschte Ereignis bei 8 Patienten (11,6 %) in der Selexipag-Gruppe im Vergleich zu 4 Patienten (5,8 %) in der Placebo-Gruppe. Die Gesamtzahl der Todesfälle jeglicher Ursache betrug 7 (10,1 %) in der Selexipag-Gruppe und 5 (7,2 %) in der Placebo-Gruppe, von denen 5 (7,2 %) während der Behandlung mit Selexipag bzw. 3 (4,3 %) unter Placebo auftraten. Alle Todesfälle, bis auf einen, waren mit PAH assoziiert.

## **5.2 Pharmakokinetische Eigenschaften**

Die Pharmakokinetik von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten wurde hauptsächlich an gesunden Probanden untersucht. Die Pharmakokinetik von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten war nach Anwendung von Einzel- und Mehrfachdosen bis zu einer Einzeldosis von 800 Mikrogramm und Mehrfachdosen bis zu 1 800 Mikrogramm jeweils zweimal täglich Dosis-proportional. Nach Mehrfachdosierung wurde für Selexipag und seinen aktiven Metaboliten innerhalb von 3 Tagen ein Steady-state erreicht. Nach Mehrfachgabe kam es weder für Selexipag noch für seinen aktiven Metaboliten zu einer Akkumulation im Plasma.

Bei gesunden Probanden betrug die interindividuelle Variabilität der Exposition (Fläche unter der Kurve im Dosierungsintervall) im Steady-state für Selexipag 43 % und für seinen aktiven Metaboliten 39 %. Die intra-individuelle Variabilität der Exposition lag bei 24 % für Selexipag und 19 % für seinen aktiven Metaboliten.

Die Exposition mit Selexipag und seinem aktiven Metaboliten im Steady-state war bei PAH-Patienten und gesunden Probanden vergleichbar. Die Pharmakokinetik von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten wurde bei PAH-Patienten nicht von dem Schweregrad der Erkrankung beeinflusst und blieb über den Zeitverlauf unverändert.

### Resorption

Selexipag wird schnell resorbiert und durch Carboxylesterasen zu seinem aktiven Metaboliten hydrolysiert.

Die maximalen Plasmakonzentrationen von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten werden innerhalb von 1 bis 3 Stunden bzw. 3 bis 4 Stunden nach oraler Einnahme erreicht.

Die absolute Bioverfügbarkeit von Selexipag bei Menschen liegt bei etwa 49 %. Dies ist höchstwahrscheinlich auf einen First-Pass-Effekt von Selexipag zurückzuführen, da Plasmakonzentrationen des aktiven Metaboliten nach derselben oralen und intravenösen Gabe ähnlich sind.

Bei Kaukasiern wird die Verfügbarkeit von Selexipag nach einer Einzeldosis von 400 Mikrogramm durch Nahrungsmittel um 10 % gesteigert und bei Japanern um 15 % reduziert, während die Verfügbarkeit des aktiven Metaboliten durch Nahrungsmittel um 27 % (Kaukasier) bzw. 12 % (Japaner) reduziert wird. Es berichteten mehr Patienten über das Auftreten von Nebenwirkungen nach Einnahme von Selexipag im nüchternen Zustand als nach den Mahlzeiten.

### Verteilung

Selexipag und sein aktiver Metabolit werden stark an Plasmaproteine gebunden (ca. 99 % insgesamt und im gleichen Ausmaß an Albumin und Alpha-1-Glykoprotein). Das Verteilungsvolumen von Selexipag im Steady-state beträgt 11,7 l.

### Biotransformation

Selexipag wird in der Leber und im Darm durch Carboxylesterasen zu seinem aktiven Metaboliten hydrolysiert. Die oxidative Metabolisierung wird hauptsächlich durch CYP2C8 und im kleineren Umfang von CYP3A4 katalysiert und resultiert in der Bildung von hydroxylierten und dealkylierten Substanzen. UGT1A3 und UGT2B7 sind bei der Glukuronisierung des aktiven Metaboliten involviert. Mit Ausnahme des aktiven Metaboliten macht keiner der im humanen Plasma zirkulierenden Metabolite mehr als 3 % der gesamten Wirkstoffmenge aus. Nach der oralen Gabe ist sowohl bei gesunden Probanden als auch bei PAH-Patienten die Exposition mit dem aktiven Metaboliten im Steady-state ca. 3- bis 4-fach höher als die Ausgangssubstanz.

### Elimination

Selexipag wird hauptsächlich nach Metabolisierung ausgeschieden, mit einer mittleren terminalen Halbwertszeit von 0,8-2,5 Stunden. Der aktive Metabolit hat eine Halbwertszeit von 6,2-13,5 Stunden. Die Gesamt-Clearance von Selexipag beträgt 17,9 l/h. Bei gesunden Probanden war 5 Tage nach Einnahme die Ausscheidung vollständig beendet und erfolgte primär über die Faeces (macht 93 % der eingenommenen Dosierung aus), verglichen mit 12 % über den Urin.

### Besondere Populationen

Bei gesunden Probanden und bei PAH-Patienten haben Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Lebensalter oder Körpergewicht keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Pharmakokinetik von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten.

### *Kinder und Jugendliche*

Die Pharmakokinetik von Selexipag bei pädiatrischen Patienten im Alter von  $\geq 2$  bis  $< 18$  Jahren mit PAH wurde in der offenen, einarmigen Phase-2-Studie (AC-065A203 [N = 62]) und in der SALTO-Studie (N = 36) untersucht (siehe Abschnitt 5.1).

Bei pädiatrischen Patienten wurde Selexipag in einer Anfangsdosis von 100 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 9$  kg und  $< 25$  kg), 150 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 25$  kg und  $< 50$  kg) und 200 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 50$  kg) angewendet. Die Dosis wurde bis zur höchsten individuell verträglichen Dosis auftitriert, bis zu einem Maximum von 800 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 9$  kg und  $< 25$  kg), 1 200 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 25$  kg und  $< 50$  kg) und 1 600 Mikrogramm zweimal täglich (Körpergewicht  $\geq 50$  kg). Das angewandte, an das Körpergewicht angepasste Dosierungsschema führte zu einer kombinierten Exposition von Selexipag und seinem aktiven Metaboliten, die mit der bei erwachsenen Patienten beobachteten vergleichbar war.

### *Nierenfunktionsstörungen*

Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung ( $\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) zeigte sich ein Anstieg der Exposition mit Selexipag und seinem aktiven Metaboliten um das 1,4- bzw. 1,7-Fache (maximale Plasmakonzentration und Fläche unter der Plasmakonzentrations-Zeitkurve).

### *Eingeschränkte Leberfunktion*

Bei Patienten mit leichter (Child-Pugh-Klasse A) oder moderater (Child-Pugh-Klasse B) Leberfunktionsstörung war die Exposition mit Selexipag um das 2- bzw. 4-Fache im Vergleich mit gesunden Probanden erhöht. Die Exposition mit dem aktiven Metaboliten blieb bei Patienten mit leichter Leberfunktionsstörung nahezu unverändert und verdoppelte sich bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung. Nur 2 Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse C) wurden mit Selexipag behandelt. Die Exposition mit Selexipag und seinem aktiven Metaboliten war bei diesen 2 Patienten vergleichbar mit der bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse B).

Basierend auf Modell- und Simulationsdaten einer Studie bei Patienten mit Leberfunktionsstörungen wird die Exposition mit Selexipag im Steady-state bei Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse B) nach täglicher Einmalgabe etwa 2-fach höher als bei Gesunden unter täglicher Zweimalgabe angenommen. Die Exposition mit dem aktiven Metaboliten im Steady-state ist bei diesen Patienten nach täglicher Einmalgabe voraussichtlich vergleichbar mit der bei gesunden Probanden während täglicher Zweimalgabe. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Klasse C) zeigten eine vergleichbare vorausgesagte Exposition im Steady-state wie Patienten mit moderater Leberfunktionsstörung unter täglicher Einmalgabe.

## **5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit**

In Toxizitätsstudien mit wiederholter Anwendung bei Nagetieren führte die verstärkte pharmakologische Wirkung zu einem starken Blutdruckabfall und vorübergehenden klinischen Symptomen sowie reduzierter Nahrungsaufnahme und verminderter Gewichtszunahme.

Bei erwachsenen und jungen Hunden konnten der Intestinaltrakt sowie der Knochen / das Knochenmark als Hauptzielorgane unter Behandlung mit Selexipag identifiziert werden. Bei jungen Hunden wurde ein verzögerter Verschluss der femoralen und/oder tibialen Wachstumsfugen beobachtet. Ein NOAEL (*No Observed Adverse Effect Level*; Dosis ohne beobachtete schädigende Wirkung) wurde nicht etabliert. Bei jungen Hunden wurde sporadisch eine Darminvagination aufgrund von Prostacyclin-assoziierten Effekten auf die intestinale Motilität beobachtet. Der für die Potenz des IP-Rezeptors adaptierte Sicherheitsspielraum für den aktiven Metaboliten betrug das 2-Fache (basierend auf der Gesamtexposition) im Verhältnis zur humantherapeutischen Exposition. Diese Beobachtung ließ sich nicht bei Toxizitätsstudien mit Mäusen oder Ratten nachweisen. Aufgrund der Spezies-spezifischen Sensitivität bei Hunden, eine Darminvagination zu entwickeln, wird dieser Befund als für erwachsene Menschen nicht relevant angesehen.

Eine gesteigerte Verknöcherung und damit verbundene Veränderungen des Knochenmarks in Studien

bei Hunden werden als Folge der Aktivierung des EP<sub>4</sub>-Rezeptors bei Hunden angesehen. Da humane EP<sub>4</sub>-Rezeptoren durch Selexipag oder seinen aktiven Metaboliten nicht aktiviert werden, ist dieser Effekt Spezies-spezifisch und daher bei Menschen nicht relevant.

Selexipag und sein aktiver Metabolit sind nach Basis der Gesamtevidenz aus Genotoxizitätsstudien nicht genotoxisch.

In einer zweijährigen Karzinogenitätsstudie kam es unter Gabe von Selexipag bei Mäusen zu einem Anstieg der Inzidenz von Schilddrüsen-Adenomen sowie Leydigzell-Adenomen bei Ratten. Die zugrunde liegenden Mechanismen sind Nager-spezifisch. Nur bei Ratten zeigte sich nach 2 Jahren Behandlung eine Tortuosität der retinalen Arteriolen. Mechanistisch betrachtet wird dieser Befund als eine Folge der dauerhaften Vasodilatation und konsekutiven Veränderungen der okulären Hämodynamik angesehen. Weitere histopathologische Befunde unter Selexipag wurden nur nach Expositionen beobachtet, die deutlich über der maximalen humantherapeutischen Exposition lagen. Dies weist auf eine geringe Relevanz für den Menschen hin.

In einer bei Ratten durchgeführten Fertilitätsstudie erhöhte die Verlängerung des Brunstzyklus die Zahl der Tage bis zu Kopulation. Dies wurde bei Expositionen beobachtet, die 173-fach höher als die therapeutischen Expositionen waren (basierend auf der Gesamtexposition); der NOAEL lag 30-fach über den therapeutischen Expositionen. Andere Fertilitätsparameter wurden nicht beeinflusst.

Selexipag war bei Ratten und Kaninchen nicht teratogen (Expositionsabstände 13-fach über der therapeutischen Exposition mit Selexipag und 43-fach über der mit dem aktiven Metaboliten, basierend auf der Gesamtexposition). Die Sicherheitsmargen für potenzielle Prostacyclin(IP)-Rezeptor-assoziierte Effekte auf die Reproduktion (basierend auf der freien Exposition) betrugen 20 für die Fertilität sowie 5 und 1 für die embryofetale Entwicklung bei Ratten bzw. Kaninchen, angepasst an die Unterschiede der Rezeptorpotenz. In der prä- und postnatalen Entwicklungsstudie mit Ratten hatte Selexipag keine Auswirkung auf die Fortpflanzungsfunktion von Mutter- und Jungtieren.

## **6. PHARMAZEUTISCHE ANGABEN**

### **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile**

#### Tablettenkern

Mannitol (Ph.Eur.) (E421)

Maisstärke

Niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose

Hydroxypropylcellulose (Ph.Eur.)

Magnesiumstearat

#### Filmüberzug

##### *Uptravi 100 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)

Propylenglycol (E1520)

Titandioxid (E171)

Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

Eisen(II,III)-oxid (E172)

Carnaubawachs

Talkum

##### *Uptravi 200 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)

Propylenglycol (E1520)

Titandioxid (E171)

Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

Carnaubawachs

*Uptravi 400 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 600 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Eisen(II,III)-oxid (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 800 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)  
Eisen(II,III)-oxid (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(II,III)-oxid (E172)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)  
Carnaubawachs

*Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtablette*

Hypromellose (E464)  
Propylenglycol (E1520)  
Titandioxid (E171)  
Eisen(II,III)-oxid (E172)  
Eisen(III)-oxid (E172)  
Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)  
Carnaubawachs

## **6.2 Inkompatibilitäten**

Nicht zutreffend.

## **6.3 Dauer der Haltbarkeit**

Blisterpackung: 4 Jahre.

Ungeöffnete Flasche: 18 Monate. Nach dem ersten Öffnen der Flasche: 3 Monate oder bis zum Verfalldatum haltbar (je nachdem, was zuerst eintritt).

## **6.4 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung**

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

## **6.5 Art und Inhalt des Behältnisses**

### Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten

Flasche aus hochdichtem Polyethylen (HDPE) mit kindersicherem Drehverschluss, die eine Kapsel mit 1 g Silica-Trockenmittel im Deckel enthält, und einer Heißsiegelfolie.

Umkarton mit 60 Filmtabletten (Flaschen).

Umkarton mit 140 Filmtabletten (Titrationspackung, Flasche).

### Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten

Polyamide/Aluminium/HDPE/PE mit eingebettetem Trocknungsmittel/HDPE-Blisterpackung versiegelt mit einer Aluminiumfolie.

Jeder Blisterpackungsstreifen enthält 10 Filmtabletten.

Umkarton mit 10 oder 60 Filmtabletten (1 oder 6 Blisterpackungsstreifen).

Umkarton mit 60 oder 140 Filmtabletten (Titrationspackungen, 6 oder 14 Blisterpackungsstreifen).

### Uptravi 400 Mikrogramm, 600 Mikrogramm, 800 Mikrogramm, 1 000 Mikrogramm, 1 200 Mikrogramm, 1 400 Mikrogramm und 1 600 Mikrogramm Filmtabletten

Polyamide/Aluminium/HDPE/PE mit eingebettetem Trocknungsmittel/HDPE-Blisterpackung versiegelt mit einer Aluminiumfolie.

Jeder Blisterpackungsstreifen enthält 10 Filmtabletten.

Umkarton mit 60 Filmtabletten (6 Blisterpackungsstreifen).

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

## **6.6 Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung**

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial ist entsprechend den nationalen Anforderungen zu beseitigen.

## **7. INHABER DER ZULASSUNG**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

## **8. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/001  
EU/1/15/1083/002  
EU/1/15/1083/003  
EU/1/15/1083/004  
EU/1/15/1083/005  
EU/1/15/1083/006  
EU/1/15/1083/007  
EU/1/15/1083/008  
EU/1/15/1083/009  
EU/1/15/1083/010  
EU/1/15/1083/011  
EU/1/15/1083/012  
EU/1/15/1083/013

## **9. DATUM DER ERTEILUNG DER ZULASSUNG/VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG**

Datum der Erteilung der Zulassung: 12. Mai 2016

Datum der letzten Verlängerung der Zulassung: 14. Dezember 2020

## **10. STAND DER INFORMATION**

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <https://www.ema.europa.eu> verfügbar.



## **ANHANG II**

- A. HERSTELLER, DER (DIE) FÜR DIE CHARGENFREIGABE  
VERANTWORTLICH IST (SIND)**
- B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE  
UND DEN GEBRAUCH**
- C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER  
GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN**
- D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE  
UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS**

**A. HERSTELLER, DER (DIE) FÜR DIE CHARGENFREIGABE VERANTWORTLICH IST (SIND)**

Name und Anschrift des (der) Hersteller(s), der (die) für die Chargenfreigabe verantwortlich ist (sind)

Janssen Pharmaceutica NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**B. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE ABGABE UND DEN GEBRAUCH**

Arzneimittel auf eingeschränkte ärztliche Verschreibung (siehe Anhang I: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels, Abschnitt 4.2).

**C. SONSTIGE BEDINGUNGEN UND AUFLAGEN DER GENEHMIGUNG FÜR DAS INVERKEHRBRINGEN**

- **Regelmäßig aktualisierte Unbedenklichkeitsberichte [Periodic Safety Update Reports (PSURs)]**

Die Anforderungen an die Einreichung von PSURs für dieses Arzneimittel sind in der nach Artikel 107 c Absatz 7 der Richtlinie 2001/83/EG vorgesehenen und im europäischen Internetportal für Arzneimittel veröffentlichten Liste der in der Union festgelegten Stichtage (EURD-Liste) – und allen künftigen Aktualisierungen – festgelegt.

**D. BEDINGUNGEN ODER EINSCHRÄNKUNGEN FÜR DIE SICHERE UND WIRKSAME ANWENDUNG DES ARZNEIMITTELS**

- **Risikomanagement-Plan (RMP)**

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) führt die notwendigen, im vereinbarten RMP beschriebenen und in Modul 1.8.2 der Zulassung dargelegten Pharmakovigilanzaktivitäten und Maßnahmen sowie alle künftigen vereinbarten Aktualisierungen des RMP durch.

Ein aktualisierter RMP ist einzureichen:

- nach Aufforderung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur;
- jedes Mal wenn das Risikomanagement-System geändert wird, insbesondere infolge neu eingegangener Informationen, die zu einer wesentlichen Änderung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses führen können oder infolge des Erreichens eines wichtigen Meilensteins (in Bezug auf Pharmakovigilanz oder Risikominimierung).

- **Zusätzliche Maßnahmen zur Risikominimierung**

Vor Inverkehrbringen von Uptravi muss der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen den Inhalt und das Format eines kontrollierten Zugangssystems mit der zuständigen nationalen Behörde jedes Mitgliedsstaates vereinbaren.

Mit dem kontrollierten Zugangssystem soll die Identifizierung der Verschreiber ermöglicht werden, um ihnen geeignete Informationen zur sicheren und wirksamen Verwendung von Uptravi zukommen

zu lassen und ihnen Materialien zur Risikominimierung zur Verfügung zu stellen, insbesondere hinsichtlich des potenziellen Risikos von Medikationsfehlern.

Das kontrollierte Zugangssystem sollte drei Grundkomponenten enthalten, die innerhalb des jeweiligen Systems in allen Mitgliedsstaaten integriert sein werden. Diese Grundkomponenten sind:

- Die Identifizierung und Verwaltung einer Liste mit allen Uptravi-Verschreibern;
- Die Versendung von Verschreiber-Kits an alle identifizierten Verschreiber, um insbesondere die Risiken durch Medikationsfehler zu minimieren;
- Nachverfolgung, dass der Verschreiber das Kit erhalten hat.

Der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen hat sicherzustellen, dass in jedem Mitgliedsstaat mit Marktzulassung von Uptravi alle Ärzte, die beabsichtigen, Uptravi zu verschreiben und/oder abzugeben, ein Verschreiber-Kit erhalten, das folgende Informationen enthält:

- Fachinformation
- Begleitschreiben an die Verschreiber
- Titrationsleitfaden/Titrationsleitfäden für Verschreiber auf einer laminierten DIN A4-Karte
- Titrationsleitfaden/Titrationsleitfäden für Patienten
- Gebrauchsinformation

Das Begleitschreiben für die Verschreiber sollte erläutern, dass die Intention der Informationsmaterialien die Risikominimierung von Medikationsfehlern aufgrund der Verfügbarkeit mehrerer Tabletten und Dosisstärken ist. Darüber hinaus sollte das Begleitschreiben eine Auflistung des Inhalts des Verschreiber-Kits enthalten.

Der Titrationsleitfaden/die Titrationsleitfäden für die Verschreiber auf einer laminierten DIN A4-Karte zur Auswahl von Selexipag-Anfangsdosen von 100 Mikrogramm und 200 Mikrogramm sollen das Risiko von Medikationsfehlern während der Titrationsphase zu Beginn der Therapie mit Uptravi reduzieren und die folgenden zentralen Elemente enthalten:

- Dosierungs- und Titrationskonzept
- Der Übergang zur Erhaltungsdosis (Titrationsphase)
- Erwartete Nebenwirkungen und deren Management während der Titrationsphase
- Unterstützung und Anleitung der Verschreiber zu einer klaren Kommunikation mit dem Patienten während des Erstkontakts sowie zur Übernahme von Verantwortung den Patienten während der Titrationsphase zu kontaktieren, um die Kommunikation zwischen Verschreiber und dem Patienten zu erleichtern (Notwendigkeit der Kontaktierung und Vereinbarung von Telefonterminen)

Es sind Titrationsleitfäden für Patienten für Selexipag-Anfangsdosen von 100 Mikrogramm und 200 Mikrogramm verfügbar. Der Titrationsleitfaden für Patienten wird vom Verschreiber während der Besprechung mit dem Patienten verwendet und sollte die folgenden zentralen Elemente enthalten:

- Titrationsleitfaden für Verschreiber auf einer laminierten DIN A4-Karte in laienverständlicher Sprache
- Tagebuch, das die Anwendung von Uptravi erleichtert und als Erinnerung für die Patienten dient (z. B. ihren/seinen Arzt zu kontaktieren) sowie die Möglichkeit bietet, die Tabletteneinnahme zu dokumentieren
- Informationen zur sicheren und wirksamen Verwendung von Uptravi in laienverständlicher Sprache

Der Titrationsleitfaden für Patienten entsprechend der jeweils angewendeten Selexipag-Anfangsdosis von 100 Mikrogramm oder 200 Mikrogramm sollte dem Patienten zusammen mit der Gebrauchsinformation nach der Aufklärung ausgehändigt werden. Zusätzlich erhält der Patient mit jeder Titrationspackung von Uptravi einen Titrationsleitfaden sowie die Gebrauchsinformation.

**ANHANG III**  
**ETIKETTIERUNG UND PACKUNGSBEILAGE**

## **A. ETIKETTIERUNG**

## **ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG**

### **UMKARTON – TITRATIONSPACKUNG**

#### **1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

#### **2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Filmtablette enthält 100 Mikrogramm Selexipag.

#### **3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

#### **4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

Filmtablette

Titrationssackung  
140 Filmtabletten

#### **5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Nicht teilen oder zerkleinern.  
Packungsbeilage und Titrationsleitfaden beachten.  
Zum Einnehmen

#### **6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST**

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

#### **7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

#### **8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis  
Innerhalb von 3 Monaten nach dem ersten Öffnen verwenden.

Datum, an dem die Flasche geöffnet wurde:

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/013

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

uptravi 100 mikrogramm

**17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE**

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT**

PC  
SN  
NN

## **ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG**

### **UMKARTON**

#### **1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

#### **2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Filmtablette enthält 100 Mikrogramm Selexipag.

#### **3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

#### **4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

Filmtablette  
60 Filmtabletten

#### **5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Nicht teilen oder zerkleinern.  
Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen

#### **6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST**

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

#### **7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

#### **8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis  
Innerhalb von 3 Monaten nach dem ersten Öffnen verwenden.

Datum, an dem die Flasche geöffnet wurde:

#### **9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**



**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/012

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

uptravi 100 mikrogramm

**17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE**

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT**

PC  
SN  
NN

**ANGABEN AUF DEM BEHÄLTNIS****FLASCHENETIKETT****1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

**2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Filmtablette enthält 100 Mikrogramm Selexipag.

**3. SONSTIGE BESTANDTEILE****4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

Filmtablette

60 Filmtabletten

140 Filmtabletten

**5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Nicht teilen oder zerkleinern.  
Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen

**6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST**

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

**7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH****8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis  
Innerhalb von 3 Monaten nach dem ersten Öffnen verwenden.

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/012  
EU/1/15/1083/013

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

**17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE**

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT**

## **ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG**

### **UMKARTON – TITRATIONSPACKUNG**

#### **1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

#### **2. WIRKSTOFF(E)**

Jede Filmtablette enthält 200 Mikrogramm Selexipag.

#### **3. SONSTIGE BESTANDTEILE**

#### **4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT**

Filmtablette

Titrationssackung

60 Filmtabletten

140 Filmtabletten

#### **5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG**

Nicht teilen oder zerkleinern.  
Packungsbeilage und Titrationsleitfaden beachten.  
Zum Einnehmen

#### **6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST**

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

#### **7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

#### **8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis

#### **9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/003  
EU/1/15/1083/011

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

uptravi 200 mikrogramm

**17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE**

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

**18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES FORMAT**

PC  
SN  
NN

## ANGABEN AUF DER ÄUSSEREN UMHÜLLUNG

### UMKARTON

#### 1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten  
Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

#### 2. WIRKSTOFF(E)

Jede Filmtablette enthält 200 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 400 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 600 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 800 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 1 000 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 1 200 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 1 400 Mikrogramm Selexipag.  
Jede Filmtablette enthält 1 600 Mikrogramm Selexipag.

#### 3. SONSTIGE BESTANDTEILE

#### 4. DARREICHUNGSFORM UND INHALT

Filmtablette

10 Filmtabletten  
60 Filmtabletten

#### 5. HINWEISE ZUR UND ART(EN) DER ANWENDUNG

Nicht teilen oder zerkleinern.  
Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen

#### 6. WARNHINWEIS, DASS DAS ARZNEIMITTEL FÜR KINDER UNZUGÄNGLICH AUFZUBEWAHREN IST

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

**7. WEITERE WARNHINWEISE, FALLS ERFORDERLICH**

**8. VERFALLDATUM**

verwendbar bis

**9. BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE AUFBEWAHRUNG**

**10. GEGEBENENFALLS BESONDERE VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE BESEITIGUNG VON NICHT VERWENDETEM ARZNEIMITTEL ODER DAVON STAMMENDEN ABFALLMATERIALIEN**

**11. NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

**12. ZULASSUNGSNUMMER(N)**

EU/1/15/1083/001  
EU/1/15/1083/002  
EU/1/15/1083/004  
EU/1/15/1083/005  
EU/1/15/1083/006  
EU/1/15/1083/007  
EU/1/15/1083/008  
EU/1/15/1083/009  
EU/1/15/1083/010

**13. CHARGENBEZEICHNUNG**

Ch.-B.

**14. VERKAUFSABGRENZUNG**

**15. HINWEISE FÜR DEN GEBRAUCH**

**16. ANGABEN IN BLINDENSCHRIFT**

uptravi 200 mikrogramm  
uptravi 400 mikrogramm  
uptravi 600 mikrogramm  
uptravi 800 mikrogramm

uptravi 1 000 mikrogramm  
uptravi 1 200 mikrogramm  
uptravi 1 400 mikrogramm  
uptravi 1 600 mikrogramm

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>17. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – 2D-BARCODE</b> |
|---------------------------------------------------------|

2D-Barcode mit individuellem Erkennungsmerkmal.

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>18. INDIVIDUELLES ERKENNUNGSMERKMAL – VOM MENSCHEN LESBARES<br/>FORMAT</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|

PC  
SN  
NN



**MINDESTANGABEN AUF BLISTERPACKUNGEN ODER FOLIENSTREIFEN****BLISTERPACKUNGEN****1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS**

Uptravi 200 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 400 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 600 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 800 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 1 000 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 1 200 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 1 400 Mikrogramm Tabletten  
Uptravi 1 600 Mikrogramm Tabletten  
Selexipag

**2. NAME DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS**

Janssen-Cilag Int

**3. VERFALLDATUM**

EXP

**4. CHARGENBEZEICHNUNG**

Lot

**5. WEITERE ANGABEN**

## **B. PACKUNGSBEILAGE**

## **Gebrauchsinformation: Information für Patienten**

**Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten**  
**Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten**

Selexipag

**Lesen Sie die gesamte Packungsbeilage sorgfältig durch, bevor Sie mit der Einnahme dieses Arzneimittels beginnen, denn sie enthält wichtige Informationen.**

- Heben Sie die Packungsbeilage auf. Vielleicht möchten Sie diese später nochmals lesen.
- Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal.
- Dieses Arzneimittel wurde Ihnen persönlich verschrieben. Geben Sie es nicht an Dritte weiter. Es kann anderen Menschen schaden, auch wenn diese die gleichen Beschwerden haben wie Sie.
- Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Siehe Abschnitt 4.

### **Was in dieser Packungsbeilage steht**

1. Was ist Uptravi und wofür wird es angewendet?
2. Was sollten Sie vor der Einnahme von Uptravi beachten?
3. Wie ist Uptravi einzunehmen?
4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?
5. Wie ist Uptravi aufzubewahren?
6. Inhalt der Packung und weitere Informationen

#### **1. Was ist Uptravi und wofür wird es angewendet?**

Uptravi ist ein Arzneimittel, das den Wirkstoff Selexipag enthält. Es wirkt auf die Blutgefäße in einer ähnlichen Weise wie die natürliche Substanz Prostacyclin und entspannt und erweitert die Blutgefäße.

Uptravi wird für die Langzeitbehandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) bei erwachsenen Patienten eingesetzt, deren Erkrankung mit anderen Arzneimitteln zur PAH-Behandlung wie Endothelin-Rezeptor-Antagonisten und/oder Phosphodiesterase-5-Hemmern unzureichend kontrolliert ist. Wenn ein Patient nicht für eine Behandlung mit diesen Arzneimitteln infrage kommt, kann Uptravi alleine angewendet werden.

Bei der PAH ist der Blutdruck in den Blutgefäßen, durch die das Blut vom Herzen in die Lungen fließt (Pulmonalarterien), erhöht. Bei Patienten mit PAH verengen sich diese Arterien, sodass das Herz stärker arbeiten muss, um das Blut hindurch zu pumpen. Betroffene können deshalb an Müdigkeit, Schwindel, Atemnot oder unter anderen Symptomen leiden.

Dieses Arzneimittel wirkt in einer ähnlichen Weise wie die natürliche Substanz Prostacyclin, indem es die Pulmonalarterien erweitert und deren Verhärtungen reduziert. Das macht es dem Herzen leichter, Blut durch die Pulmonalarterien in die Lunge zu pumpen. Uptravi senkt den Druck in den Pulmonalarterien, lindert die Symptome der PAH und verlangsamt das Fortschreiten der PAH-Erkrankung.

## **2. Was sollten Sie vor der Einnahme von Uptravi beachten?**

### **Uptravi darf nicht eingenommen werden,**

- wenn Sie allergisch gegen Selexipag oder einen der in Abschnitt 6. genannten sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels sind;
- wenn Sie Herzprobleme haben, wie zum Beispiel:
  - gestörte Durchblutung des Herzmuskels (schwere koronare Herzerkrankung oder instabile Angina pectoris); zu den Symptomen können Brustschmerzen gehören;
  - Herzinfarkt innerhalb der letzten 6 Monate;
  - Herzschwäche (dekompensierte Herzinsuffizienz), die nicht engmaschig medizinisch überwacht wird;
  - schwere Herzrhythmusstörungen;
  - Herzklappenfehler (angeboren oder erworben), die zu einer Funktionsstörung des Herzens führen, welche nicht in Verbindung mit der pulmonalen Hypertonie steht;
- wenn Sie in den letzten 3 Monaten einen Schlaganfall hatten oder ein anderes Ereignis, das die Blutversorgung des Gehirns einschränkte (z. B. transiente ischämische Attacke);
- wenn Sie Gemfibrozil einnehmen (ein Medikament, das die Blutfette {Lipide} senkt).

### **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen**

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, bevor Sie Uptravi einnehmen, wenn Sie

- Arzneimittel gegen hohen Blutdruck einnehmen;
- unter einem niedrigen Blutdruck mit Symptomen wie Schwindel leiden;
- kürzlich erheblich viel Blut oder Flüssigkeit wie bei schwerem Durchfall oder Erbrechen verloren haben;
- unter Schilddrüsenproblemen leiden;
- an einer schweren Nierenfunktionsstörung leiden oder eine Dialyse durchgeführt wird;
- derzeit oder in der Vergangenheit an einer schweren Leberfunktionsstörung leiden oder gelitten haben.

Wenn bei Ihnen eines dieser Symptome auftritt oder sich Ihr Gesundheitszustand verändert, **informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt.**

### **Kinder und Jugendliche**

Geben Sie dieses Arzneimittel nicht Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren.

### **Ältere Patienten**

Es liegen nur begrenzte Erfahrungen mit Uptravi bei Patienten über 75 Jahre vor. Uptravi sollte in dieser Altersgruppe mit Vorsicht eingesetzt werden.

### **Einnahme von Uptravi zusammen mit anderen Arzneimitteln**

Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen, kürzlich andere Arzneimittel eingenommen haben oder beabsichtigen andere Arzneimittel einzunehmen.

Die Einnahme anderer Medikamente kann die Wirkung von Uptravi beeinflussen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, wenn Sie eines der folgenden Arzneimittel einnehmen:

- Gemfibrozil (ein Medikament, das die Blutfette {Lipide} senkt)
- Clopidogrel (ein Medikament zur Verhinderung von Blutgerinnseln bei koronaren Arterienkrankheiten)

- Deferasirox (ein Medikament zur Entfernung von Eisen aus dem Blutkreislauf)
- Teriflunomid (ein Medikament zur Behandlung von schubförmiger remittierender Multiple Sklerose)
- Carbamazepin (ein Medikament zur Behandlung von einigen Epilepsiearten, Nervenschmerzen oder um schwerwiegende Stimmungsschwankungen zu kontrollieren, bei denen andere Medikamente nicht wirken)
- Phenytoin (ein Medikament zur Behandlung der Epilepsie)
- Valproinsäure (ein Medikament zur Behandlung der Epilepsie)
- Probenicid (ein Medikament zur Behandlung von Gicht)
- Fluconazol, Rifampicin oder Rifapentin (Antibiotika, die zur Behandlung von Infektionen eingesetzt werden)

### **Schwangerschaft und Stillzeit**

Die Einnahme von Uptravi während der Schwangerschaft und Stillzeit wird nicht empfohlen. Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Behandlung mit Uptravi eine wirksame Methode zur Empfängnisverhütung anwenden. Wenn Sie schwanger sind oder stillen oder wenn Sie vermuten, schwanger zu sein, oder beabsichtigen, schwanger zu werden, fragen Sie vor der Einnahme dieses Arzneimittels Ihren Arzt um Rat.

### **Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen**

Uptravi kann Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und niedrigen Blutdruck hervorrufen (siehe Abschnitt 4), was Ihre Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs herabsetzen könnte. Auch die Symptome Ihrer Erkrankung können bewirken, dass Ihre Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs beeinträchtigt ist.

## **3. Wie ist Uptravi einzunehmen?**

Uptravi sollte nur von einem Arzt verordnet werden, der in der Behandlung der PAH erfahren ist. Nehmen Sie dieses Arzneimittel immer genau nach Absprache mit Ihrem Arzt ein. Fragen Sie bei Ihrem Arzt nach, wenn Sie sich nicht sicher sind oder Fragen haben.

Informieren Sie Ihren Arzt, wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, da Ihr Arzt möglicherweise empfiehlt, Ihre Uptravi-Dosis zu ändern.

Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie Probleme mit Ihrer Leber aufgrund einer Funktionsstörung haben oder andere Arzneimittel einnehmen oder anwenden, da Ihr Arzt möglicherweise empfiehlt, eine niedrigere Dosis von Uptravi zweimal täglich einzunehmen oder das Arzneimittel nur einmal täglich einzunehmen.

Wenn Sie eine Einschränkung der Sehfähigkeit haben oder blind sind, lassen Sie sich während der Titrationsphase (d. h. der schrittweisen Erhöhung Ihrer Dosis) von einer anderen Person bei der Einnahme von Uptravi helfen.

### **Wie die für Sie richtige Dosis ermittelt wird**

#### **Wenn Ihr Arzt 200-Mikrogramm-Tabletten verschreibt**

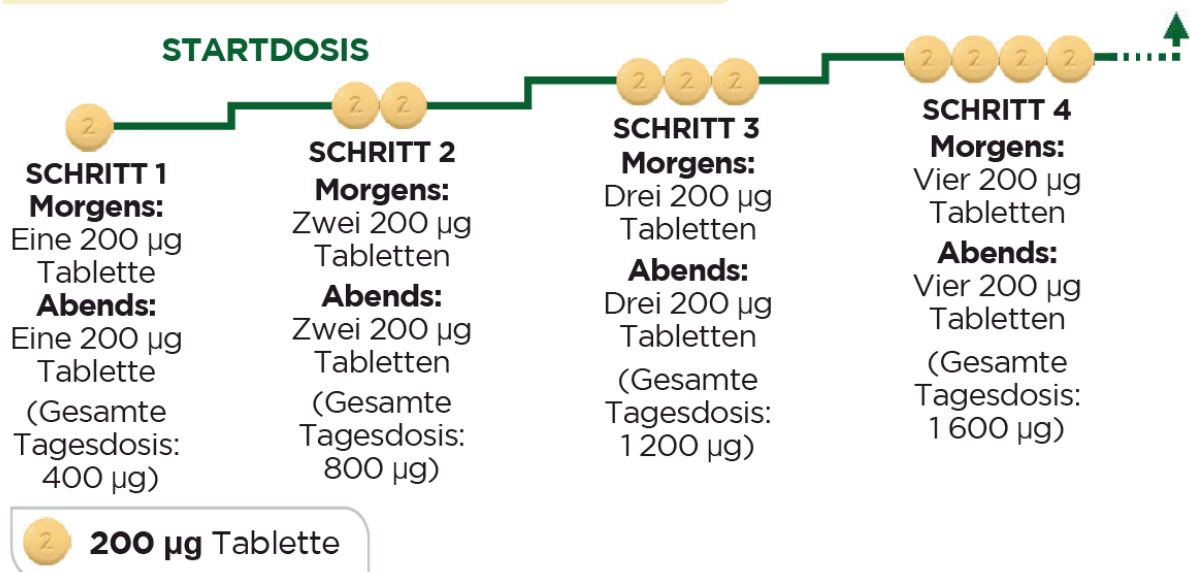
Zu Beginn der Behandlung nehmen die meisten Patienten **eine 200-Mikrogramm-Tablette morgens und eine weitere 200-Mikrogramm-Tablette abends mit einem Abstand von ungefähr 12 Stunden ein**. Es wird empfohlen, mit der Behandlung abends zu beginnen. Nach Anweisung Ihres Arztes wird die Dosis schrittweise gesteigert. Dieses Vorgehen nennt man Dosistitration. Damit kann sich Ihr Körper allmählich auf das neue Medikament einstellen. Das Ziel der Dosistitration ist es, die am

besten geeignete Dosis zu erreichen. Dieses ist die höchste Dosis, die von Ihnen vertragen wird. Dabei können maximal jeweils 1 600 Mikrogramm morgens und abends erreicht werden.

Die erste Tablettenpackung, die Sie erhalten, enthält die hellgelben 200-Mikrogramm-Tabletten. Ihr Arzt wird Ihnen erklären, in welchen Schritten Sie die Dosierung erhöhen sollen. Dosissteigerungen erfolgen in der Regel wöchentlich, aber möglicherweise auch in längeren Zeitabschnitten.

Mit jedem Schritt fügen Sie eine 200-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Morgen- und eine weitere 200-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Abenddosis hinzu. **Es wird empfohlen, mit der ersten Einnahme der erhöhten Dosis abends zu beginnen.** Die Abbildung unten stellt die Anzahl der Tabletten, die **jeden Morgen und jeden Abend** genommen werden, für die ersten 4 Schritte dar.

Jeder Dosierungsschritt dauert etwa eine Woche

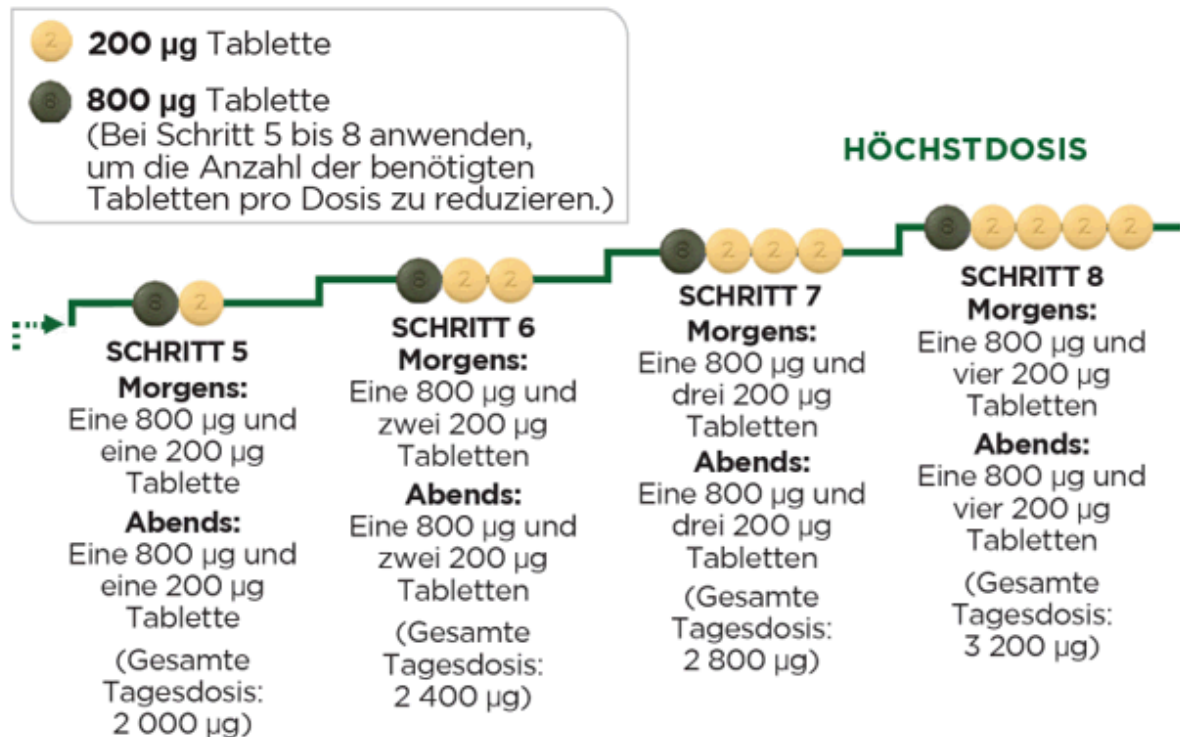


Wenn Ihr Arzt Ihre Dosis weiter steigert, fügen Sie mit jedem neuen Schritt eine 200-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Morgendosis und eine 200-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Abenddosis hinzu. Es wird empfohlen, mit der ersten Einnahme der erhöhten Dosis abends zu beginnen.

Wenn Ihr Arzt entscheidet, Ihre Dosis weiter zu steigern und zu Schritt 5 zu gehen, sollten Sie eine grüne 800-Mikrogramm-Tablette und eine hellgelbe 200-Mikrogramm-Tablette morgens und eine 800-Mikrogramm-Tablette und eine 200-Mikrogramm-Tablette abends einnehmen.

Die maximale Dosis von Uptravi beträgt 1 600 Mikrogramm morgens plus 1 600 Mikrogramm abends. Jedoch erreicht nicht jeder Patient diese Dosis, weil unterschiedliche Patienten unterschiedliche Dosierungen benötigen.

Die Abbildung unten zeigt die Anzahl der Tabletten, die **jeden Morgen** und **jeden Abend** zu jedem Dosierungsschritt eingenommen werden müssen, beginnend mit Schritt 5.



### Wenn Ihr Arzt 100-Mikrogramm-Tabletten verschreibt

Wenn Ihre Leber nicht richtig arbeitet oder Sie bestimmte Arzneimittel einnehmen, verschreibt Ihnen Ihr Arzt möglicherweise als Anfangsdosis 100-Mikrogramm-Tabletten.

Zu Beginn der Behandlung nehmen Sie **eine 100-Mikrogramm-Tablette morgens und eine weitere 100-Mikrogramm-Tablette abends mit einem Abstand von ungefähr 12 Stunden ein**. Es wird empfohlen, mit der Behandlung abends zu beginnen. Nach Anweisung Ihres Arztes wird die Dosis schrittweise gesteigert. Dieses Vorgehen nennt man Dosistitration. Damit kann sich Ihr Körper allmählich auf das neue Medikament einstellen. Das Ziel der Dosistitration ist es, die am besten geeignete Dosis zu erreichen. Dieses ist die höchste Dosis, die von Ihnen vertragen wird. Dabei können maximal jeweils 800 Mikrogramm morgens und abends erreicht werden.

Ihr Arzt wird Ihnen erklären, in welchen Schritten Sie die Dosierung erhöhen sollen. Dosissteigerungen erfolgen in der Regel wöchentlich, aber möglicherweise auch in längeren Zeitabschnitten.

Mit jedem Schritt fügen Sie eine 100-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Morgen- und eine weitere 100-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Abenddosis hinzu. **Es wird empfohlen, mit der ersten Einnahme der erhöhten Dosis abends zu beginnen**. Bitte beachten Sie die Anweisungen zur Erhöhung Ihrer Dosis in dem in der Titrationspackung enthaltenen Titrationsleitfaden für Patienten.

**Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie mit der Einnahme von Medikamenten aufhören oder möglicherweise aufhören werden**, da Ihre Selexipag-Dosis eventuell angepasst werden muss.

Wenn Ihr Arzt Ihre Dosis weiter steigert, fügen Sie mit jedem neuen Schritt eine 100-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Morgendosis und eine 100-Mikrogramm-Tablette zu Ihrer Abenddosis hinzu. Es wird empfohlen, mit der ersten Einnahme der erhöhten Dosis abends zu beginnen.

Wenn Ihr Arzt entscheidet, Ihre Dosis weiter auf mehr als 400 Mikrogramm zu steigern, sollten Sie eine rote 400-Mikrogramm-Tablette und eine hellgelbe 100-Mikrogramm-Tablette morgens und eine

400-Mikrogramm-Tablette und eine 100-Mikrogramm-Tablette abends einnehmen. Bitte beachten Sie die Anweisungen zur Erhöhung Ihrer Dosis in dem in der Titrationspackung enthaltenen Titrationsleitfaden für Patienten.

Bei einer Dosissteigerung mit den 100-Mikrogramm-Tabletten beträgt die Höchstdosis von Uptravi 800 Mikrogramm morgens und 800 Mikrogramm abends. Jedoch erreicht nicht jeder Patient diese Dosis, weil unterschiedliche Patienten unterschiedliche Dosierungen benötigen.

### Verwendung des Titrationsleitfadens während der Dosissteigerung

Sie werden die Titrationspackung erhalten, welche einen Titrationsleitfaden und eine Gebrauchsinformation enthält. Der Titrationsleitfaden enthält Informationen zur Dosissteigerung und ermöglicht Ihnen, die Anzahl der täglich eingenommenen Tabletten zu notieren.

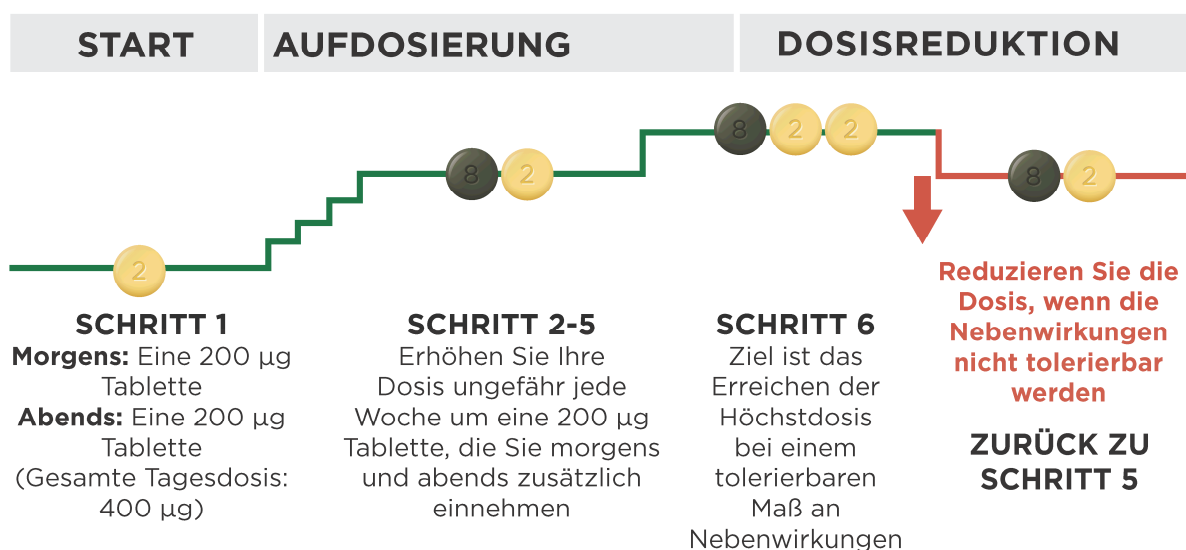
Bitte vergessen Sie nicht, die Anzahl der täglich eingenommenen Tabletten in Ihrem Titrationsleitfaden zu notieren. Die Titrationsschritte dauern in der Regel 1 Woche. Wenn Ihr Arzt Sie auffordert, einen Titrationsschritt länger als 1 Woche durchzuführen, verwenden Sie bitte die zusätzlichen Seiten zur Dokumentation. **Bitte sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt für PAH oder dem medizinischen Fachpersonal während der Dosistitration.**

### Verringerung der Dosis wegen Nebenwirkungen

Während der Titrationsphase können Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Kieferschmerzen, Muskelschmerzen, Beinschmerzen, Gelenkschmerzen, oder Gesichtsrötung auftreten (siehe Abschnitt 4). Wenn diese Nebenwirkungen für Sie schwer zu tolerieren sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt über geeignete Maßnahmen oder eine geeignete Behandlung. Es gibt Behandlungsmöglichkeiten, mit denen diese Nebenwirkungen gelindert werden können. Zum Beispiel können Schmerzmittel wie Paracetamol hilfreich sein, um Schmerzen und Kopfschmerzen zu behandeln.

Wenn die Nebenwirkungen nicht behandelt werden können oder unter der eingenommenen Dosis nicht allmählich besser werden, wird Ihr Arzt die Dosis anpassen. Dies erfolgt, indem die Anzahl der hellgelben Tabletten, von denen Sie eine morgens und eine abends einnehmen, verringert wird. Die untenstehende Abbildung zeigt die schrittweise Verringerung der Dosis. Bitte nehmen Sie die Dosisverringering nur nach Rücksprache mit Ihrem Arzt vor.

### Titration mit 200-Mikrogramm-Tabletten





Wenn Sie Ihre Dosis mit 100-Mikrogramm-Tabletten erhöhen, beachten Sie die Anweisungen zur Dosisreduktion in dem in der Titrationspackung enthaltenen Titrationsleitfaden für Patienten.

Sofern die Nebenwirkungen nach der Dosisverringerung beherrschbar sind, entscheidet Ihr Arzt möglicherweise, dass Sie auf dieser Dosis verbleiben. Für mehr Informationen, siehe nachstehenden Abschnitt „Erhaltungsdosis“.

### **Erhaltungsdosis**

Die höchste Dosis, die Sie während der Titrationsphase vertragen, wird Ihre Erhaltungsdosis werden. Die Erhaltungsdosis ist die Dosis, die Sie regelmäßig einnehmen.

Ihr Arzt wird Ihnen Tabletten mit der entsprechenden Wirkstärke für Ihre Erhaltungsdosis verschreiben. **So müssen Sie in Zukunft anstatt mehrerer Tabletten eventuell nur eine Tablette am Morgen und eine Tablette am Abend einnehmen.**

Die vollständige Beschreibung der Uptravi Tabletten einschließlich der Auflistung der Farben und Zahlprägungen, siehe Abschnitt 6 dieser Gebrauchsinformation.

Je nach Bedarf kann Ihr Arzt im Laufe der Behandlung Ihre Erhaltungsdosis anpassen.

Sofern nach Einnahme der gleichen Dosis über eine lange Zeit zu irgendeinem Zeitpunkt Nebenwirkungen auftreten, die für Sie nicht tolerierbar sind oder die Ihre normalen Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, kontaktieren Sie bitte Ihren behandelnden Arzt, da die Dosis möglicherweise reduziert werden muss. Ihr Arzt kann Ihnen dann eine niedrigere Dosis verschreiben. Bitte achten Sie darauf, die nicht verwendeten Tabletten entsprechend zu entsorgen (siehe Abschnitt 5).

### **Nehmen Sie Uptravi einmal morgens und einmal abends ein; der Abstand zwischen den Einnahmen sollte ungefähr 12 Stunden betragen.**

Nehmen Sie die Tabletten zu den Mahlzeiten ein, da die Verträglichkeit damit besser sein kann. Auch der Tablettenüberzug bietet einen Schutz für eine bessere Verträglichkeit. Nehmen Sie die Tabletten unzerkaut mit etwas Wasser ein. Zerteilen oder zerkleinern Sie die Tabletten nicht.

### **Wenn Sie eine größere Menge von Uptravi eingenommen haben, als Sie sollten**

Wenn Sie mehr Tabletten eingenommen haben, als Sie sollten, fragen Sie Ihren Arzt um Rat.

### **Wenn Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben**

Falls Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben, nehmen Sie Ihre Dosis, sobald Sie daran denken, und setzen Sie dann die Einnahme der Tabletten zu den gewohnten Zeiten fort. Wenn der Zeitraum bis zur nächsten regulären Dosis kürzer als 6 Stunden ist, nehmen Sie die vergessene Dosis nicht ein und setzen Sie die Einnahme der Tabletten zur gewohnten Zeit fort. **Nehmen Sie nicht die doppelte Menge ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben.**

### **Wenn Sie die Einnahme von Uptravi abbrechen**

Eine abrupte Beendigung Ihrer Behandlung mit Uptravi kann zu einer Verschlechterung Ihrer Symptome führen. Beenden Sie nicht die Einnahme von Uptravi, es sei denn auf ärztliche Anweisung. Ihr Arzt wird Sie möglicherweise anweisen, die Dosis schrittweise zu reduzieren, bevor Ihre Behandlung von Uptravi endgültig beendet wird.

Wenn Sie aus irgendwelchen Gründen Uptravi an mehr als 3 aufeinanderfolgenden Tagen (wenn Sie 3 Dosen am Morgen und 3 Dosen am Abend oder 6 Dosen oder mehr hintereinander vergessen haben) nicht eingenommen haben, **setzen Sie sich umgehend mit Ihrem Arzt in Verbindung, da Ihre Dosis möglicherweise angepasst werden muss, um Nebenwirkungen zu vermeiden.** Ihr Arzt wird darüber entscheiden, ob die Wiederaufnahme der Behandlung eventuell in einer niedrigeren Dosis erfolgen muss, die schrittweise auf Ihre vorherige Erhaltungsdosis gesteigert wird.

Wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung dieses Arzneimittels haben, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal.

#### **4. Welche Nebenwirkungen sind möglich?**

Wie alle Arzneimittel kann auch dieses Arzneimittel Nebenwirkungen verursachen, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Diese können nicht nur während der Phase der Dosistitration bei Steigerung der Dosis, sondern auch später auftreten, wenn Sie die gleiche Dosis schon über einen langen Zeitraum eingenommen haben.

**Wenn Sie Schwellungen im Gesicht, an den Lippen, im Mund, an der Zunge oder im Rachen bemerken, die zu Schluck- oder Atembeschwerden führen können (Angioödem), suchen Sie sofort Ihren Arzt auf.**

**Wenn bei Ihnen eine dieser Nebenwirkungen auftritt: Kopfschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Kieferschmerzen, Muskelschmerzen, Beinschmerzen, Gelenkschmerzen oder Gesichtsröte, die für Sie nicht zu tolerieren oder zu behandeln ist, sollten Sie sich mit Ihrem Arzt in Verbindung setzen. Die eingenommene Dosis ist möglicherweise zu hoch für Sie und muss verringert werden.**

**Sehr häufige Nebenwirkungen** (kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Kopfschmerzen
- Flush (Gesichtsröte)
- Übelkeit und Erbrechen
- Durchfall
- Kieferschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Beinschmerzen
- Nasopharyngitis (verstopfte Nase)

**Häufige Nebenwirkungen** (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen)

- Anämie (niedrige Anzahl roter Blutkörperchen)
- Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse)
- Reduzierter Appetit
- Gewichtsverlust
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Magenschmerzen, einschließlich Verdauungsbeschwerden
- Schmerzen
- Veränderungen einiger Blutwerte, einschließlich der roten Blutkörperchen und der Schilddrüsenfunktion
- Hautausschlag, einschließlich Nesselsucht mit brennendem oder stechendem Gefühl und Hautrötung
- Angioödem und dessen Symptome, die am Anfang dieses Abschnitts beschrieben sind

**Gelegentliche Nebenwirkungen** (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen)

- Anstieg der Herzfrequenz

#### **Meldung von Nebenwirkungen**

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über **das in Anhang V aufgeführte nationale Meldesystem** anzeigen. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

#### **5. Wie ist Uptravi aufzubewahren?**

Bewahren Sie dieses Arzneimittel für Kinder unzugänglich auf.

Sie dürfen dieses Arzneimittel nach dem auf dem Umkarton nach „verwendbar bis“ und auf der Blisterpackung oder dem Flaschenetikett nach "EXP" angegebenen Verfalldatum nicht mehr verwenden. Das Verfalldatum bezieht sich auf den letzten Tag des angegebenen Monats. Verwenden Sie Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten innerhalb von 3 Monaten nach dem ersten Öffnen oder bis zum Verfalldatum (je nachdem, was zuerst eintritt).

Für dieses Arzneimittel sind keine besonderen Lagerungsbedingungen erforderlich.

Entsorgen Sie Arzneimittel nicht im Abwasser oder Haushaltsabfall. Fragen Sie Ihren Apotheker, wie das Arzneimittel zu entsorgen ist, wenn Sie es nicht mehr verwenden. Sie tragen damit zum Schutz der Umwelt bei.

## **6. Inhalt der Packung und weitere Informationen**

### **Was Uptravi enthält**

Der Wirkstoff ist: Selexipag.

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 100 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 200 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 400 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 600 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 800 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 1 000 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 1 200 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 1 400 Mikrogramm Selexipag

Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten enthalten 1 600 Mikrogramm Selexipag

Die sonstigen Bestandteile sind:

#### Tablettenkern:

Mannitol (Ph.Eur.) (E421)

Maisstärke

Niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose

Hydroxypropylcellulose (Ph.Eur.)

Magnesiumstearat

#### Filmüberzug:

Hypromellose (E464)

Propylenglycol (E1520)

Titandioxid (E171)

Eisenoxide (E172)

Carnaubawachs

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O, Eisen(II,III)-oxid (E172) und Talkum.

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-oxid (E172)

Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-oxid und Eisen(II,III)-oxid (E172)

Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O und Eisen(II,III)-oxid (E172)

Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-oxid und Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(II,III)-oxid und Eisen(III)-oxid (E172)

Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten enthalten Eisen(II,III)-oxid, Eisen(III)-oxid und Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172)

## **Wie Uptravi aussieht und Inhalt der Packung**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, hellgelbe Filmtabletten mit 3,0 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „1“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, hellgelbe Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „2“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 400 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, rote Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „4“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 600 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, hellviolette Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „6“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 800 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, grüne Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „8“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 1 000 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, orangefarbene Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „10“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 1 200 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, dunkelviolette Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „12“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 1 400 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, dunkelgelbe Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „14“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 1 600 Mikrogramm Filmtabletten: Runde, braune Filmtabletten mit 7,3 mm Durchmesser, die auf einer Seite mit einer „16“ gekennzeichnet sind.

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten sind in Flaschen mit 60 Tabletten und als Titrationspackung mit 140 Tabletten erhältlich.

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten sind in Blisterpackungen mit 10 oder 60 Tabletten und als Titrationspackungen mit 60 oder 140 Tabletten erhältlich.

Uptravi 400 Mikrogramm, 600 Mikrogramm, 800 Mikrogramm, 1 000 Mikrogramm, 1 200 Mikrogramm, 1 400 Mikrogramm und 1 600 Mikrogramm Filmtabletten sind in Blisterpackungen mit 60 Tabletten erhältlich.

Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

## **Pharmazeutischer Unternehmer**

Janssen-Cilag International NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

## **Hersteller**

Janssen Pharmaceutica NV  
Turnhoutseweg 30  
B-2340 Beerse  
Belgien

Falls Sie weitere Informationen über das Arzneimittel wünschen, setzen Sie sich bitte mit dem örtlichen Vertreter des pharmazeutischen Unternehmers in Verbindung.

**België/Belgique/Belgien**

Janssen-Cilag NV  
Tel/Tél: +32 14 64 94 11  
janssen@jacbe.jnj.com

**България**

„Джонсън & Джонсън България“ ЕООД  
Тел.: +359 2 489 94 00  
jjsafety@its.jnj.com

**Česká republika**

Janssen-Cilag s.r.o.  
Tel: +420 227 012 227

**Danmark**

Janssen-Cilag A/S  
Tlf.: +45 4594 8282  
jacdk@its.jnj.com

**Deutschland**

Janssen-Cilag GmbH  
Tel: 0800 086 9247 / +49 2137 955 6955  
jancil@its.jnj.com

**Eesti**

UAB "JOHNSON & JOHNSON" Eesti filiaal  
Tel: +372 617 7410  
ee@its.jnj.com

**Ελλάδα**

Janssen-Cilag Φαρμακευτική Μονοπρόσωπη  
Α.Ε.Β.Ε.  
Τηλ: +30 210 80 90 000

**España**

Janssen-Cilag, S.A.  
Tel: +34 91 722 81 00  
contacto@its.jnj.com

**France**

Janssen-Cilag  
Tél: 0 800 25 50 75 / +33 1 55 00 40 03  
medisource@its.jnj.com

**Hrvatska**

Johnson & Johnson S.E. d.o.o.  
Tel: +385 1 6610 700  
jjsafety@JNJCR.JNJ.com

**Lietuva**

UAB "JOHNSON & JOHNSON"  
Tel: +370 5 278 68 88  
lt@its.jnj.com

**Luxembourg/Luxemburg**

Janssen-Cilag NV  
Tél/Tel: +32 14 64 94 11  
janssen@jacbe.jnj.com

**Magyarország**

Janssen-Cilag Kft.  
Tel.: +36 1 884 2858  
janssenhu@its.jnj.com

**Malta**

AM MANGION LTD  
Tel: +356 2397 6000

**Nederland**

Janssen-Cilag B.V.  
Tel: +31 76 711 1111  
janssen@jacnl.jnj.com

**Norge**

Janssen-Cilag AS  
Tlf: +47 24 12 65 00  
jacno@its.jnj.com

**Österreich**

Janssen-Cilag Pharma GmbH  
Tel: +43 1 610 300

**Polska**

Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.  
Tel.: +48 22 237 60 00

**Portugal**

Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.  
Tel: +351 214 368 600

**România**

Johnson & Johnson România SRL  
Tel: +40 21 207 1800

**Ireland**

Janssen Sciences Ireland UC  
Tel: 1 800 709 122  
medinfo@its.jnj.com

**Ísland**

Janssen-Cilag AB  
c/o Vistor hf.  
Sími: +354 535 7000  
janssen@vistor.is

**Italia**

Janssen-Cilag SpA  
Tel: 800.688.777 / +39 02 2510 1  
janssenita@its.jnj.com

**Κύπρος**

Βαρνάβας Χατζηπαναγής Λτδ  
Τηλ: +357 22 207 700

**Latvija**

UAB "JOHNSON & JOHNSON" filiāle Latvijā  
Tel: +371 678 93561  
lv@its.jnj.com

**Slovenija**

Johnson & Johnson d.o.o.  
Tel: +386 1 401 18 00  
JNJ-SI-safety@its.jnj.com

**Slovenská republika**

Johnson & Johnson, s.r.o.  
Tel: +421 232 408 400

**Suomi/Finland**

Janssen-Cilag Oy  
Puh/Tel: +358 207 531 300  
jacfi@its.jnj.com

**Sverige**

Janssen-Cilag AB  
Tfn: +46 8 626 50 00  
jacse@its.jnj.com

**United Kingdom (Northern Ireland)**

Janssen Sciences Ireland UC  
Tel: +44 1 494 567 444  
medinfo@its.jnj.com

**Diese Packungsbeilage wurde zuletzt überarbeitet im**

Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <https://www.ema.europa.eu> verfügbar.

**Seite 1**

Uptravi 200 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

Titrationseleitfaden

Beginn der Therapie mit Uptravi

Bitte lesen Sie vor Beginn der Therapie die begleitende Gebrauchsinformation. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, da Ihr Arzt möglicherweise empfiehlt, Ihre Uptravi-Dosis zu ändern. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie andere Arzneimittel einnehmen oder anwenden, da Ihr Arzt möglicherweise empfiehlt, Uptravi nur einmal täglich einzunehmen.

**Seite 2**

**Inhalt**

Wie soll Uptravi eingenommen werden?.....4  
Wie soll die Dosis gesteigert werden?.....6  
Wie sehen die Schritte aus?.....8  
Wann sollten Sie die Dosis verringern? .....10  
Dosisreduktion.....12

**Seite 3**

Übergang zur Erhaltungsdosis.....14  
Wenn Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben.....16  
Wenn Sie die Einnahme von Uptravi abbrechen... ..17  
Titrationstagebuch .....18

**Seite 4**

**Wie soll Uptravi eingenommen werden?**

Uptravi ist ein Medikament, das jeden Morgen und Abend zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie, abgekürzt PAH, eingenommen wird.

Die Anfangsdosis von Uptravi beträgt 200 Mikrogramm **einmal morgens und einmal abends**. Die erste Einnahme von Uptravi sollte abends erfolgen.

Bitte nehmen Sie die Tablette jeweils mit einem Glas Wasser ein, am besten zu einer Mahlzeit.

**Seite 5**

**Die Behandlung mit Uptravi besteht aus 2 Phasen:**

**Titration**

In den ersten Wochen werden Sie zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt die für Sie richtige Dosierung von Uptravi ermitteln. Eventuell wird Ihr Arzt die Anfangsdosis stufenweise auf höhere Dosierungen von Uptravi oder später wieder auf niedrigere Dosierungen umstellen. Diese stufenweise Anpassung der Dosis nennt man Titration. Damit kann sich Ihr Körper allmählich auf das Medikament einstellen.

**Erhaltung**

Wenn Ihr Arzt die für Sie richtige Dosis ermittelt hat, werden Sie diese Dosis regelmäßig einnehmen. Dies nennt man die Erhaltungsdosis.

**Wie soll die Dosis gesteigert werden?**

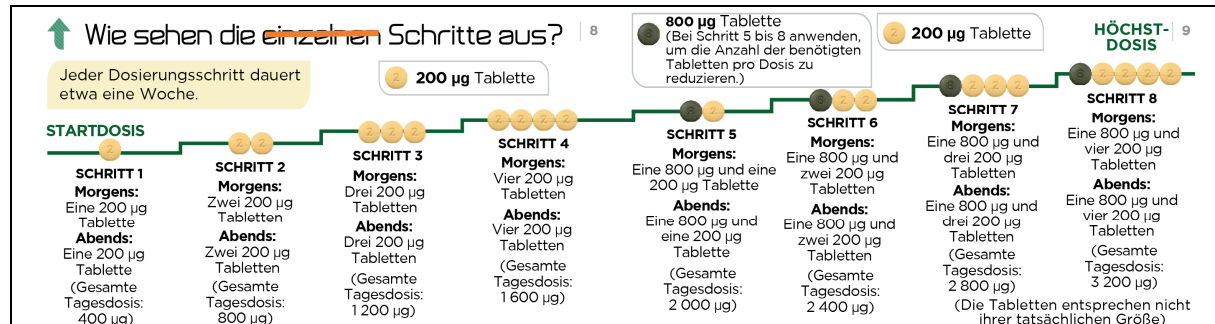
Sie beginnen die Behandlung mit der 200-Mikrogramm-Dosierung morgens und abends. Anschließend wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal die Dosis auf die nächste Stufe steigern.

Die erste Einnahme der gesteigerten Dosis sollte abends erfolgen. Jeder Dosierungsschritt dauert in der Regel 1 Woche. Es kann mehrere Wochen dauern, bis die für Sie richtige Dosierung ermittelt wird.

**Ziel ist es, die für Ihre Behandlung am besten geeignete Dosierung zu erreichen.**  
Diese Dosis wird Ihre Erhaltungsdosis sein.

Jeder PAH-Patient ist anders. **Daher haben nicht alle Patienten die gleiche Erhaltungsdosis.** Bei einigen Patienten wird die Erhaltungsdosis 200 Mikrogramm morgens und abends sein, während einige die höchste Dosis von 1 600 Mikrogramm morgens und abends erreichen.

Bei anderen wird die Erhaltungsdosis irgendwo dazwischen liegen. Wichtig ist, dass Sie die für Ihre Behandlung am besten geeignete Dosis erreichen

**↓ Wann sollten Sie die Dosis verringern?**

Wie mit allen Medikamenten können auch unter Uptravi Nebenwirkungen auftreten, wenn Sie auf höhere Dosierungen umstellen.

**Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten. Es gibt Behandlungsmöglichkeiten, mit denen diese Nebenwirkungen gelindert werden können.**

Zu den häufigsten Nebenwirkungen von Uptravi gehören (kann mehr als 1 von 10 Personen betreffen):

- Kopfschmerzen • Durchfall • Übelkeit • Erbrechen • Kieferschmerzen • Muskelschmerzen • Beinschmerzen • Gelenkschmerzen • Gesichtsröte

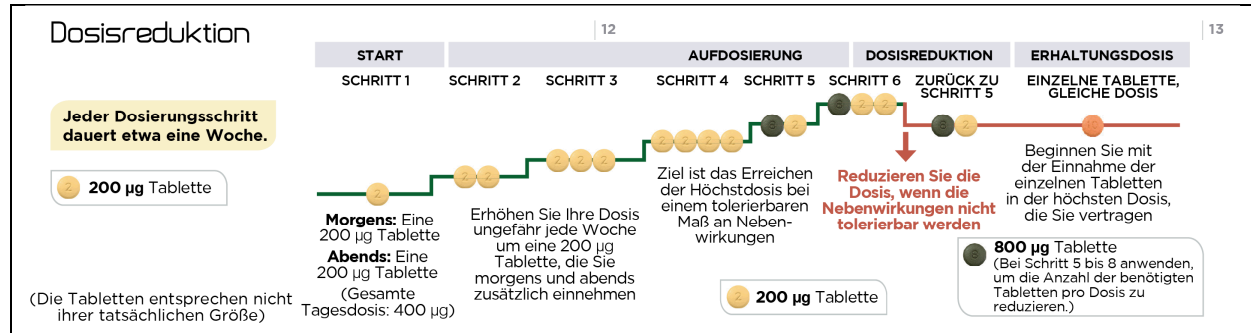
Für die vollständige Auflistung aller Nebenwirkungen lesen Sie bitte die Packungsbeilage.

Sofern die Nebenwirkungen trotz Behandlungsversuchen für Sie nicht zu tolerieren sind, wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal eine niedrigere Dosis empfehlen.

**Wenn Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal eine niedrigere Dosis empfiehlt, nehmen Sie bitte eine 200-Mikrogramm-Tablette weniger morgens und eine weniger abends ein.**

Bitte verringern Sie die Dosis nur nach Rücksprache mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal. Dieses Vorgehen der Dosisreduktion hilft, die für Sie geeignete Dosis zu ermitteln, die Ihre Erhaltungsdosis ist.





### Übergang zur Erhaltungsdosis

Die höchste für Sie verträgliche Dosis während der Titrationsphase wird **Ihre Erhaltungsdosis** werden. Dies ist die Dosis, die Sie regelmäßig einnehmen. Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal kann eine **Einzel-Tablette mit der entsprechenden Wirkstärke** für Ihre Erhaltungsdosis verordnen.

**So müssen Sie nur eine Tablette am Morgen und eine Tablette am Abend einnehmen anstatt mehrerer Tabletten für jede Dosis.**

Dazu ein Beispiel, wenn Ihre höchste verträgliche Dosis während der Titrationsphase bei 1 200 Mikrogramm einmal morgens und einmal abends lag:



**Im weiteren Verlauf wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal die Erhaltungsdosis nach Bedarf anpassen.**

### Wenn Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben

Falls Sie eine Dosis vergessen haben, nehmen Sie die verpasste Dosis ein, sobald Sie daran denken, und setzen Sie dann die Einnahme der Tabletten zu den gewohnten Zeiten fort. Wenn der Zeitraum bis zur nächsten regulären Dosis kürzer als 6 Stunden ist, lassen Sie die vergessene Dosis aus und setzen Sie die Einnahme zur gewohnten Zeit fort.

**Nehmen Sie nicht die doppelte Menge ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben.**

### Wenn Sie die Einnahme von Uptravi abbrechen

Beenden Sie die Einnahme von Uptravi nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal. Wenn Sie aus irgendwelchen Gründen Uptravi mehr als 3 aufeinanderfolgende Tage (6 hintereinander verpasste Tabletten) nicht eingenommen haben, **kontaktieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal. Ihre Dosis muss möglicherweise angepasst werden, um Nebenwirkungen zu vermeiden.**

Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal muss die Behandlung eventuell in einer niedrigeren Dosis wiederaufnehmen, die schrittweise auf Ihre vorherige Erhaltungsdosis gesteigert wird.

**Titrationstagebuch**

**Bitte lesen Sie die Packungsbeilage sorgfältig.**

Die folgenden Tagebuchseiten sollen Ihnen eine Übersicht über die Anzahl der Tabletten geben, die Sie während der Titrationsphase morgens und abends einnehmen müssen.

Verwenden Sie diese täglich, um die Anzahl der Tabletten, die Sie morgens und abends einnehmen, einzutragen.

Jeder Dosierungsschritt dauert rund 1 Woche, außer Ihr behandelnder Arzt oder das medizinische Fachpersonal gibt Ihnen anders lautende Anweisungen. Wenn Ihre Titrationsschritte länger als 1 Woche dauern, finden Sie zusätzliche Seiten für die Dokumentation.



Verwenden Sie bitte die Seiten 20 bis 27 für die ersten Behandlungswochen, in denen Sie nur 200-Mikrogramm-Tabletten einnehmen (Schritte 1-4).



Wenn Ihnen sowohl 200-Mikrogramm- als auch 800-Mikrogramm-Tabletten verordnet wurden, verwenden Sie bitte die Seiten 30 bis 37 (Schritte 5-8).

**Denken Sie daran, regelmäßig mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal zu sprechen.**

Notieren Sie hier die Anordnungen Ihres Arztes oder des medizinischen Fachpersonals:

Telefonnr. und E-Mail-Adresse der Praxis Ihres Arztes:

Telefonnr. der Apotheke:

Notizen:

| WOCHE NR. | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen. |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1         | Datum: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Morgens   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abends    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |

Mit der Einnahme von Upravi sollte am Abend begonnen werden

| WOCHE NR. | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen. |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 2         | Datum: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Morgens   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abends    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |

Mit der Einnahme einer höheren Dosis von Upravi sollte am Abend begonnen werden

| WOCHE NR. | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen. |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 22        | Datum: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Morgens   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abends    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |

| WOCHE NR. | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen. |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 23        | Datum: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Morgens   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abends    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |

Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 800 µg Tabletten verschreibt

## Seite 24

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |   |   |   |                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE<br>NR.<br>#                                                                   | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen.<br>Datum: _____ | 24 | WOCHE<br>NR.<br># | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen.<br>Datum: _____ | 25 |   |   |   |                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens                                                                             | 200 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | #  | #                 | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | #  | # | # | # | Morgens                                                                             | 200 µg | # | # | # | # | # | # | # |
| Abends                                                                              | 200 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | #  | #                 | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | #  | # | # | # | Abends                                                                              | 200 µg | # | # | # | # | # | # | # |
| Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 800 µg Tabletten verschreibt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |   |   |   | Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 800 µg Tabletten verschreibt |        |   |   |   |   |   |   |   |

## Seite 25

## Seite 26

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |   |   |   |                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE<br>NR.<br>#                                                                   | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen.<br>Datum: _____ | 26 | WOCHE<br>NR.<br># | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen.<br>Datum: _____ | 27 |   |   |   |                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens                                                                             | 200 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | #  | #                 | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | #  | # | # | # | Morgens                                                                             | 200 µg | # | # | # | # | # | # | # |
| Abends                                                                              | 200 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | #  | #                 | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | #  | # | # | # | Abends                                                                              | 200 µg | # | # | # | # | # | # | # |
| Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 800 µg Tabletten verschreibt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |   |   |   | Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 800 µg Tabletten verschreibt |        |   |   |   |   |   |   |   |

## Seite 27

## Seite 28

Bitte verwenden Sie die folgenden Tagebuchseiten, wenn Ihnen Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal zusätzlich zu den 200-Mikrogramm-Tabletten noch 800-Mikrogramm-Tabletten verordnet hat.

Haken Sie bitte ab, dass Sie **eine** 800-Mikrogramm-Tablette täglich morgens und abends mit der verordneten Anzahl von 200-Mikrogramm-Tabletten eingenommen haben.



## Seite 29

**Denken Sie daran regelmäßig mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal zu sprechen.**

Notieren Sie hier die Anordnungen Ihres Arztes oder des medizinischen Fachpersonals:

Telefonnr. und E-Mail-Adresse der Praxis Ihres Arztes:

Telefonnr. der Apotheke:

Notizen:

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 30 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 31 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 32 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 33 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 34 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 35 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 36 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br># |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie<br>morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder<br>dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   | 37 |
| Datum:                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Morgens                | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |
| Abends                 | 200 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | # | # | # | # | # | # | # |    |
|                        | 800 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |    |

Notizen

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Seite 40

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Seite 1**

Uptravi 100 Mikrogramm Filmtabletten  
Selexipag

Titrationseleitfaden

Beginn der Therapie mit Uptravi

Bitte lesen Sie vor Beginn der Therapie die begleitende Gebrauchsinformation. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, da Ihr Arzt möglicherweise empfiehlt, Ihre Uptravi-Dosis zu ändern.

**Seite 2**

**Inhalt**

Wie soll Uptravi eingenommen werden?.....4  
Wie soll die Dosis gesteigert werden?.....6  
Wie sehen die Schritte aus?.....8  
Wann sollten Sie die Dosis verringern? .....10  
Dosisreduktion.....12

**Seite 3**

Übergang zur Erhaltungsdosis.....14  
Wenn Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben.....16  
Wenn Sie die Einnahme von Uptravi abbrechen... ..17  
Titrationstagebuch .....18

**Seite 4**

**Wie soll Uptravi eingenommen werden?**

Uptravi ist ein Medikament, das jeden Morgen und Abend zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie, abgekürzt PAH, eingenommen wird.

Die Anfangsdosis von Uptravi beträgt 100 Mikrogramm **einmal morgens und einmal abends**. Die erste Einnahme von Uptravi sollte abends erfolgen.

Bitte nehmen Sie die Tablette jeweils mit einem Glas Wasser ein, am besten zu einer Mahlzeit.

**Seite 5**

**Die Behandlung mit Uptravi besteht aus 2 Phasen:**

**Titration**

In den ersten Wochen werden Sie zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt die für Sie richtige Dosierung von Uptravi ermitteln. Eventuell wird Ihr Arzt die Anfangsdosis stufenweise auf höhere Dosierungen von Uptravi oder später wieder auf niedrigere Dosierungen umstellen. Diese stufenweise Anpassung der Dosis nennt man Titration. Damit kann sich Ihr Körper allmählich auf das Medikament einstellen.

**Erhaltung**

Wenn Ihr Arzt die für Sie richtige Dosis ermittelt hat, werden Sie diese Dosis regelmäßig einnehmen. Dies nennt man die Erhaltungsdosis.

### Wie soll die Dosis gesteigert werden?

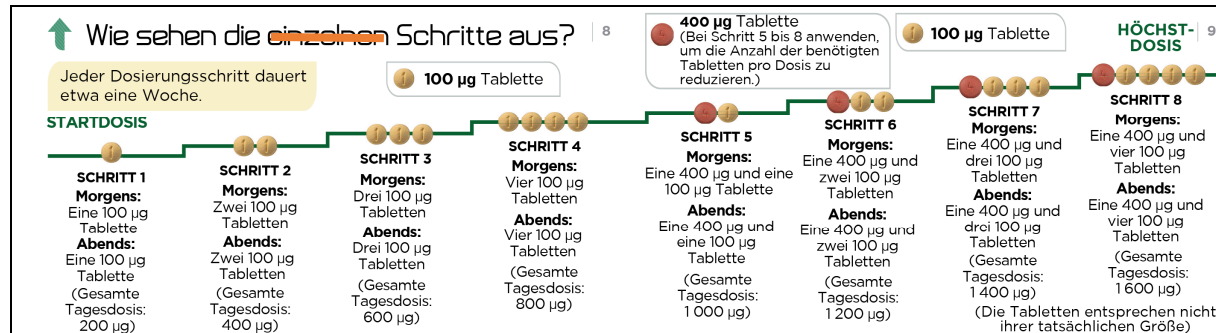
Sie beginnen die Behandlung mit der 100-Mikrogramm-Dosierung morgens und abends. Anschließend wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal die Dosis auf die nächste Stufe steigern.

Die erste Einnahme der gesteigerten Dosis sollte abends erfolgen. Jeder Dosierungsschritt dauert in der Regel 1 Woche. Es kann mehrere Wochen dauern, bis die für Sie richtige Dosierung ermittelt wird.

**Ziel ist es, die für Ihre Behandlung am besten geeignete Dosierung zu erreichen.**  
Diese Dosis wird Ihre Erhaltungsdosis sein.

Jeder PAH-Patient ist anders. **Daher haben nicht alle Patienten die gleiche Erhaltungsdosis.** Bei einigen Patienten wird die Erhaltungsdosis 100 Mikrogramm morgens und abends sein, während einige die höchste Dosis von 800 Mikrogramm morgens und abends erreichen.

Bei anderen wird die Erhaltungsdosis irgendwo dazwischen liegen. Wichtig ist, dass Sie die für Ihre Behandlung am besten geeignete Dosis erreichen



### ↓ Wann sollten Sie die Dosis verringern?

Wie mit allen Medikamenten können auch unter Uptravi Nebenwirkungen auftreten, wenn Sie auf höhere Dosierungen umstellen.

**Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, wenn bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten. Es gibt Behandlungsmöglichkeiten, mit denen diese Nebenwirkungen gelindert werden können.**

Zu den häufigsten Nebenwirkungen von Uptravi gehören (kann mehr als 1 von 10 Personen betreffen):

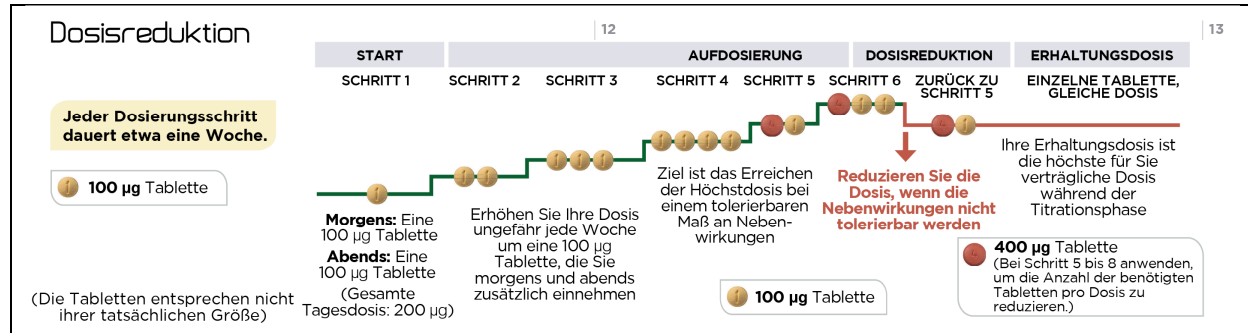
- Kopfschmerzen • Durchfall • Übelkeit • Erbrechen • Kieferschmerzen • Muskelschmerzen • Beinschmerzen • Gelenkschmerzen • Gesichtsröte

Für die vollständige Auflistung aller Nebenwirkungen lesen Sie bitte die Packungsbeilage.

Sofern die Nebenwirkungen trotz Behandlungsversuchen für Sie nicht zu tolerieren sind, wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal eine niedrigere Dosis empfehlen.

**Wenn Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal eine niedrigere Dosis empfiehlt, nehmen Sie bitte eine 100-Mikrogramm-Tablette weniger morgens und eine weniger abends ein.**

Bitte verringern Sie die Dosis nur nach Rücksprache mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal. Dieses Vorgehen der Dosisreduktion hilft, die für Sie geeignete Dosis zu ermitteln, die Ihre Erhaltungsdosis ist.

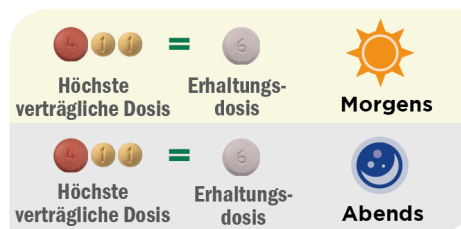


### Übergang zur Erhaltungsdosis

Die höchste für Sie verträgliche Dosis während der Titrationsphase wird **Ihre Erhaltungsdosis** werden. Dies ist die Dosis, die Sie regelmäßig einnehmen. Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal kann eine **Einzel-Tablette** oder **mehrere Tabletten mit der entsprechenden Wirkstärke** verordnen.

**So müssen Sie eventuell nur eine Tablette am Morgen und eine Tablette am Abend einnehmen.**

Dazu ein Beispiel, wenn Ihre höchste verträgliche Dosis während der Titrationsphase bei 600 Mikrogramm einmal morgens und einmal abends lag:



**Im weiteren Verlauf wird Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal die Erhaltungsdosis nach Bedarf anpassen.**

### Wenn Sie die Einnahme von Uptravi vergessen haben

Falls Sie eine Dosis vergessen haben, nehmen Sie die verpasste Dosis ein, sobald Sie daran denken, und setzen Sie dann die Einnahme der Tabletten zu den gewohnten Zeiten fort. Wenn der Zeitraum bis zur nächsten regulären Dosis kürzer als 6 Stunden ist, lassen Sie die vergessene Dosis aus und setzen Sie die Einnahme zur gewohnten Zeit fort.

**Nehmen Sie nicht die doppelte Menge ein, wenn Sie die vorherige Einnahme vergessen haben.**

### Wenn Sie die Einnahme von Uptravi abbrechen

Beenden Sie die Einnahme von Uptravi nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal. Wenn Sie aus irgendwelchen Gründen Uptravi mehr als 3 aufeinanderfolgende Tage (6 hintereinander verpasste Tabletten) nicht eingenommen haben, **kontaktieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal. Ihre Dosis muss möglicherweise angepasst werden, um Nebenwirkungen zu vermeiden.**

Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal muss die Behandlung eventuell in einer niedrigeren Dosis wiederaufnehmen, die schrittweise auf Ihre vorherige Erhaltungsdosis gesteigert wird.



**Titrationstagebuch**

**Bitte lesen Sie die Packungsbeilage sorgfältig.**

Die folgenden Tagebuchseiten sollen Ihnen eine Übersicht über die Anzahl der Tabletten geben, die Sie während der Titrationsphase morgens und abends einnehmen müssen.

Verwenden Sie diese täglich, um die Anzahl der Tabletten, die Sie morgens und abends einnehmen, einzutragen.

Jeder Dosierungsschritt dauert rund 1 Woche, außer Ihr behandelnder Arzt oder das medizinische Fachpersonal gibt Ihnen anders lautende Anweisungen. Wenn Ihre Titrationsschritte länger als 1 Woche dauern, finden Sie zusätzliche Seiten für die Dokumentation.



Verwenden Sie bitte die Seiten 20 bis 27 für die ersten Behandlungswochen, in denen Sie nur 100 Mikrogramm Tabletten einnehmen (Schritte 1-4).



Wenn Ihnen sowohl 100-Mikrogramm- als auch 400 Mikrogramm Tabletten verordnet wurden, verwenden Sie bitte die Seiten 30 bis 37 (Schritte 5-8).

**Denken Sie daran, regelmäßig mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal zu sprechen.**

Notieren Sie hier die Anordnungen Ihres Arztes oder des medizinischen Fachpersonals:

Telefonnr. und E-Mail-Adresse der Praxis Ihres Arztes:

Telefonnr. der Apotheke:

Notizen:

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE NR. 1                                                 | Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens                                                     | 100 µg                                                                                                                                                                                                               | 0 | # | # | # | # | # | # |
| Abends                                                      | 100 µg                                                                                                                                                                                                               | # | # | # | # | # | # | # |
| Mit der Einnahme von Upravi sollte am Abend begonnen werden |                                                                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE NR. 21                                                                    | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens                                                                         | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |
| Abends                                                                          | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |
| Mit der Einnahme einer höheren Dosis von Upravi sollte am Abend begonnen werden |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE NR. 22 | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens      | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |
| Abends       | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| WOCHE NR. 23                                                                        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein. Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| Morgens                                                                             | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |
| Abends                                                                              | 100 µg                                                                                                                                                                                                                                                                                         | # | # | # | # | # | # | # |
| Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 400 µg Tabletten verschreibt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |

## Seite 24

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 24 | <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 25 |
| <b>Morgens</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Morgens</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |    |
| <b>Abends</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Abends</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 400 µg Tabletten verschreibt                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |

## Seite 25

## Seite 26

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 26 | <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 27 |
| <b>Morgens</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Morgens</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |    |
| <b>Abends</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Abends</b><br>100 µg<br># # # # # # # #                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Gehen Sie zu Seite 28, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen 400 µg Tabletten verschreibt                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |

## Seite 27

## Seite 28

Bitte verwenden Sie die folgenden Tagebuchseiten, wenn Ihnen Ihr Arzt oder das medizinische Fachpersonal zusätzlich zu den 100 Mikrogramm Tabletten noch 400 Mikrogramm Tabletten verordnet hat.

Haken Sie bitte ab, dass Sie **eine** 400-Mikrogramm-Tablette täglich morgens und abends mit der verordneten Anzahl von 100-Mikrogramm-Tabletten eingenommen haben.

-  **100 µg** Tablette
-  **400 µg** Tablette  
(Bei Schritt 5 bis 8 anwenden, um die Anzahl der benötigten Tabletten pro Dosis zu reduzieren.)

## Seite 29

**Denken Sie daran regelmäßig mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal zu sprechen.**

Notieren Sie hier die Anordnungen Ihres Arztes oder des medizinischen Fachpersonals:

Telefonnr. und E-Mail-Adresse der Praxis Ihres Arztes:

Telefonnr. der Apotheke:

Notizen:

## Seite 30

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|
| <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 30 | <b>WOCHEN NR.</b><br>#<br>Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J J gesprochen.<br>Datum: _____ |  |  |  |  |  |  |  | 31 |
| <b>Morgens</b><br>100 µg<br>400 µg<br># # # # # # # #<br>1 1 1 1 1 1 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Morgens</b><br>100 µg<br>400 µg<br># # # # # # # #<br>1 1 1 1 1 1 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |    |
| <b>Abends</b><br>100 µg<br>400 µg<br># # # # # # # #<br>1 1 1 1 1 1 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |    | <b>Abends</b><br>100 µg<br>400 µg<br># # # # # # # #<br>1 1 1 1 1 1 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |    |

## Seite 31

## Seite 32

|                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>WOCHE NR.</b><br>#                                                                               |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   | 32                                                                                                  |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
| <br><b>Morgens</b> | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Morgens</b> | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                     | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                     | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <br><b>Abends</b>  | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Abends</b>  | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                     | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                     | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |

## Seite 33

## Seite 34

|                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>WOCHE NR.</b><br>#                                                                               |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   | 34                                                                                                  |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                     |        |   |   |   |   |   |   |   |
| <br><b>Morgens</b> | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Morgens</b> | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                     | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                     | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <br><b>Abends</b>  | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Abends</b>  | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                     | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                     | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |

## Seite 35

## Seite 36

|                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>WOCHE NR.</b><br>#                                                                                 |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   | 36                                                                                                    |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
| <br><b>Morgens</b> | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Morgens</b> | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <br><b>Abends</b>  | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Abends</b>  | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |

## Seite 37

## Seite 38

|                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>WOCHE NR.</b><br>#                                                                                 |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   | 37                                                                                                    |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
| <br><b>Morgens</b> | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Morgens</b> | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <br><b>Abends</b>  | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Abends</b>  | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |

## Seite 39

## Seite 40

|                                                                                                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>WOCHE NR.</b><br>#                                                                                 |        | Tragen Sie die Nummer der Behandlungswoche in der linken oberen Ecke ein.<br>Tragen Sie jeden Tag in den untenstehenden Kästchen ein, wie viele Tabletten Sie morgens und abends einnehmen. Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin oder dem medizinischen Fachpersonal am D D M M J J gesprochen. |   |   |   |   |   |   | 38                                                                                                    |        |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum:                                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                       |        |   |   |   |   |   |   |   |
| <br><b>Morgens</b> | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Morgens</b> | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <br><b>Abends</b>  | 100 µg | #                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | # | # | # | # | # | # | <br><b>Abends</b>  | 100 µg | # | # | # | # | # | # | # |
|                                                                                                       | 400 µg | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |                                                                                                       | 400 µg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |