

**Dr Sancho Rieger**  
**Coordinador del Grupo de Estudio para la Epilepsia**

5 de Marzo de 2008

**Asunto: Cese de fabricación del medicamento *Neosidantoina*<sup>®</sup> (fenitoína comprimidos 100 mg).**

Estimado Dr:

Como ya se le comunicó con fecha 7 de Febrero de 2008 (anexo), este laboratorio ha cesado la fabricación del medicamento *Neosidantoina*<sup>®</sup> (fenitoína comprimidos 100 mg) en España.

Para su información, hemos interrumpido el suministro de este medicamento de forma voluntaria, previa autorización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), con el fin de que las existencias de las que disponemos en este momento aseguren un cambio de terapia más controlado en aquellos pacientes que así lo requieran.

En vista de las escasas evidencias que hemos recibido por parte de los pacientes en cuanto al contacto con su neurólogo, y con el fin de evitar cualquier riesgo potencial por desabastecimiento, hemos diseñado, de acuerdo con la AEMPS, un protocolo para solicitar *Neosidantoina*<sup>®</sup>, si usted considera que algún paciente debe continuar con el tratamiento durante un tiempo porque requiera un cambio de terapia más controlado. Con tal fin, le adjuntamos el formulario de solicitud, que deberá cumplimentar y enviar, por correo electrónico o fax, a nuestro Departamento de Información Médica ([informacion.medica@bms.com](mailto:informacion.medica@bms.com); fax: 91 456 48 87), desde donde se dará la orden de envío. Asimismo, deberá acordar con su paciente el lugar donde habrá de recoger el medicamento (consulta o farmacia de hospital).

Contamos con su apreciada colaboración y criterio para que esta información le permita tomar las medidas que, según su experiencia, considere adecuadas.

Si precisa más información sobre este tema, no dude en ponerse en contacto con nuestro Departamento Médico (Tfno: 91 456 54 55).

Atentamente,



Dra Loreta Márquez  
Director Médico  
Bristol-Myers Squibb

## **Formulario de Solicitud de Neosidantoína Neurólogos**

### **Identificación del peticionario**

**Nombre del Neurólogo .....**

**Número de colegiado.....Lugar de colegiación.....**

**Lugar de trabajo:**

**Hospital (indicar nombre).....**

**Consulta privada**

**Dirección completa del Hospital/ Consulta (incluir calle, numero y ciudad, DP y teléfono)**

.....  
.....

### **Identificación del paciente**

**Sexo paciente.....Edad.....**

**Diagnóstico.....**

**Criterios de refractariedad:**

**Fármacos utilizados previamente a la Neosidantoína sin respuesta adecuada (Especificar).....**

**Respuesta al tratamiento actual con Neosidantoína (fenitoína).....**

.....  
.....

**Lugar donde desea recibir la Neosidantoína**

**Consulta Médica (dirección completa).....**

**Farmacia Hospital (dirección completa).....**

**Firma del Neurólogo**

**Fecha :.....**