



Rx

HINDAMID

Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc

Để xa tầm tay trẻ em

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

1. THÀNH PHẦN CÔNG THỨC THUỐC

Mỗi viên nang cứng chứa:

Thành phần dược chất: Indapamid hemihydrat 2,5 mg

Thành phần tá dược: Lactose monohydrat, tinh bột ngô, poloxamer 407, natri starch glycolat, magnesi stearat, nang gelatin rỗng (xanh lá - trắng)

2. DẠNG BẢO CHẾ

Viên nang cứng.

Mô tả: Viên nang cứng màu xanh lá - trắng, bột thuốc trong nang màu trắng đến trắng ngà, nắp và thân khít, không biến dạng, không nứt vỡ, thuốc không rơi ra ngoài.

3. CHỈ ĐỊNH

Điều trị tăng huyết áp vô căn ở người lớn.

Indapamid có thể được sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với các thuốc chống tăng huyết áp khác.

4. CÁCH DÙNG, LIỀU DÙNG

Cách dùng:

Thuốc dùng đường uống.

Liều dùng:

Người lớn

Liều dùng là 1 viên/ngày, uống vào buổi sáng.

Tác dụng của indapamid tăng dần và tác dụng hạ huyết áp có thể duy trì và chỉ đạt tối đa sau vài tháng kể từ khi bắt đầu điều trị. Không khuyến cáo dùng liều lớn hơn 2,5 mg/ngày do tác dụng hạ huyết áp không tăng lên đáng kể nhưng tác dụng lợi tiểu có thể trở nên rõ rệt. Nếu liều 1 viên/ngày không đủ để làm giảm huyết áp, có thể dùng thêm một thuốc điều trị tăng huyết áp khác; các thuốc được sử dụng kết hợp với indapamid bao gồm thuốc chẹn beta, thuốc ức chế ACE, methyldopa, clonidin và các thuốc chẹn adrenergic khác. Không khuyến cáo sử dụng đồng thời indapamid với thuốc lợi tiểu có thể gây hạ kali máu.

Không có bằng chứng về tăng huyết áp hồi ứng khi ngừng indapamid.

Các đối tượng đặc biệt

Bệnh nhân suy thận

Trong trường hợp suy thận nặng (độ thanh thải creatinin < 30 ml/phút), chống chỉ định điều trị.

Thiazid và các thuốc lợi tiểu liên quan chỉ có hiệu quả đầy đủ khi chức năng thận bình thường hoặc chỉ bị suy giảm nhẹ.

Bệnh nhân suy gan

Trong trường hợp suy gan nặng, chống chỉ định điều trị.

Người cao tuổi

Ở người cao tuổi, creatinin huyết tương phải được điều chỉnh theo tuổi, cân nặng và giới tính. Bệnh nhân cao tuổi có thể được điều trị bằng indapamid khi có chức năng thận bình thường hoặc chỉ bị suy giảm nhẹ.

Trẻ em

Indapamid không được khuyến cáo sử dụng cho trẻ em do thiếu dữ liệu về tính an toàn và hiệu quả.

5. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Quá mẫn với indapamid hay với các dẫn chất sulfonamid hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc. Suy thận nặng.

Bệnh não gan hoặc suy giảm chức năng gan nặng.

Hạ kali máu.

6. CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC

Cảnh báo

Khi chức năng gan bị suy giảm, các thuốc lợi tiểu giống thiazid có thể gây ra bệnh não gan và có thể tiến triển đến hôn mê gan, đặc biệt trong trường hợp mất cân bằng điện giải. Nếu điều này xảy ra, phải ngừng sử dụng thuốc lợi tiểu ngay.

Nhạy cảm với ánh sáng

Các trường hợp nhạy cảm với ánh sáng đã được báo cáo với các thiazid và thuốc lợi tiểu giống thiazid. Nếu phản ứng nhạy cảm với ánh sáng xảy ra trong quá trình điều trị, nên ngừng thuốc. Nếu việc sử dụng lại thuốc lợi tiểu được coi là cần thiết, nên bảo vệ các vùng da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc tia UVA nhân tạo.

Thận trọng

Cân bằng nước và điện giải

Natri huyết tương

Cần kiểm tra natri huyết tương trước khi bắt đầu điều trị, và định kỳ sau đó. Giảm natri huyết tương có thể không có dấu hiệu ban đầu và do đó cần phải theo dõi thường xuyên, và nên kiểm tra thường xuyên hơn ở người cao tuổi và bệnh nhân xơ gan. Bất kỳ liệu pháp điều trị lợi tiểu nào cũng có thể gây hạ natri huyết, đôi khi gây hậu quả rất nghiêm trọng. Hạ natri huyết cùng với giảm thể tích máu có thể là nguyên nhân gây mất nước và hạ huyết áp thể đứng. Mất đồng

thời các ion clorid có thể dẫn đến nhiễm kiềm chuyển hóa bù trừ thứ phát: tỷ lệ và mức độ của tác dụng này là nhẹ.

Kali huyết tương

Mất kali cùng với hạ kali huyết là nguy cơ chính của thiazid và các thuốc lợi tiểu liên quan. Hạ kali huyết có thể gây rối loạn cơ. Các trường hợp tiêu cơ vân đã được báo cáo, chủ yếu gặp trong tình trạng hạ kali huyết nghiêm trọng. Phải ngăn ngừa nguy cơ khởi phát hạ kali huyết (< 3,4 mmol/l) ở một số đối tượng có nguy cơ cao, như người cao tuổi, suy dinh dưỡng và/hoặc dùng nhiều thuốc, bệnh nhân xơ gan bị phù và cổ trướng, bệnh động mạch vành và bệnh nhân suy tim. Trong trường hợp này, hạ kali huyết làm tăng độc tính trên tim của các thuốc digitalis và nguy cơ loạn nhịp tim.

Những người có khoảng QT kéo dài cũng có nguy cơ, cho dù nguồn gốc là bẩm sinh hay do điều trị. Hạ kali huyết, cũng như nhịp tim chậm là yếu tố dẫn đến sự khởi phát của chứng loạn nhịp tim nặng, đặc biệt là xoắn đỉnh có khả năng gây tử vong.

Cần theo dõi thường xuyên hơn kali huyết tương trong tất cả các trường hợp trên. Nên định lượng kali huyết tương trong tuần đầu tiên sau khi bắt đầu điều trị.

Khi phát hiện có hạ kali huyết, cần phải điều trị. Hạ kali huyết được phát hiện có liên quan đến nồng độ magnesi huyết thanh thấp có thể khó điều trị trừ khi magnesi huyết thanh được điều chỉnh.

Magnesi huyết tương

Thiazid và các thuốc lợi tiểu liên quan bao gồm indapamid đã được chứng minh là làm tăng bài tiết magnesi qua nước tiểu, điều này có thể dẫn đến hạ magnesi huyết.

Calci huyết tương

Thiazid và các thuốc lợi tiểu liên quan có thể làm giảm bài tiết calci qua nước tiểu và làm tăng nhẹ và tạm thời calci huyết tương. Tăng calci huyết rõ rệt có thể là do cường cận giáp chưa được phát hiện trước đó.

Nên ngừng điều trị trước khi kiểm tra chức năng tuyến cận giáp.

Glucose huyết

Theo dõi glucose huyết là rất quan trọng ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt là khi có hạ kali huyết.

Acid uric

Bệnh nhân tăng acid uric huyết có thể có xu hướng tiến triển bệnh gút.

Chức năng thận và thuốc lợi tiểu

Thiazid và các thuốc lợi tiểu liên quan chỉ có hiệu quả đầy đủ khi chức năng thận bình thường hoặc chỉ bị suy giảm nhẹ (creatinin huyết tương dưới 25 mg/l, tức là 0,220 μ mol/l ở người lớn). Ở người cao tuổi, creatinin huyết tương phải được điều chỉnh theo tuổi, cân nặng và giới tính.



Giảm thể tích máu, thứ phát do mất nước và natri gây ra bởi thuốc lợi tiểu khi bắt đầu điều trị, làm giảm tốc độ lọc cầu thận. Điều này có thể dẫn đến tăng urê máu và creatinin huyết tương. Suy chức năng thận tạm thời không gây hậu quả ở những người có chức năng thận bình thường nhưng có thể làm nặng thêm tình trạng suy thận đã có từ trước.

Vận động viên

Các vận động viên cần chú ý vì thuốc này có chứa hoạt chất có thể cho phản ứng dương tính trong kiểm tra doping.

Tràn dịch màng mạch, cận thị cấp và tăng nhãn áp góc đóng cấp tính thứ phát

Các sulfonamid hoặc các dẫn xuất của sulfonamid có thể gây ra một phản ứng đặc ứng, dẫn đến tràn dịch màng mạch, cận thị cấp tính thoáng qua và tăng nhãn áp góc đóng cấp tính. Các triệu chứng bao gồm sự khởi phát cấp tính của tình trạng giảm thị lực hoặc đau nhãn cầu và thường xảy ra trong vòng vài giờ đến vài tuần sau khi bắt đầu dùng thuốc. Tăng nhãn áp góc đóng cấp tính không được điều trị có thể dẫn đến mất thị lực vĩnh viễn. Việc điều trị tiên quyết là ngừng thuốc càng nhanh càng tốt. Có thể cần cân nhắc điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật kịp thời nếu vẫn không kiểm soát được nhãn áp. Các yếu tố nguy cơ tiến triển tăng nhãn áp góc đóng cấp tính có thể bao gồm tiền sử dị ứng với các sulfonamid hoặc penicillin.

Cảnh báo với tá dược

Thuốc này có chứa lactose. Bệnh nhân bị rối loạn di truyền hiếm gặp như không dung nạp galactose, thiếu hụt lactase hoàn toàn hoặc kém hấp thu glucose-galactose không nên dùng thuốc này.

7. SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Phụ nữ có thai

Không có hoặc có dữ liệu hạn chế (ít hơn 300 kết quả) về việc sử dụng indapamid ở phụ nữ có thai. Phơi nhiễm kéo dài với thiazid trong ba tháng cuối của thai kỳ có thể làm giảm thể tích huyết tương của người mẹ cũng như lưu lượng máu qua nhau thai, có thể gây thiếu máu cục bộ và chậm phát triển ở thai nhi.

Các nghiên cứu trên động vật không chỉ ra tác động có hại trực tiếp hoặc gián tiếp đối với độc tính trên khả năng sinh sản.

Để thận trọng, nên tránh sử dụng indapamid trong khi mang thai.

Phụ nữ cho con bú

Indapamid được bài tiết vào sữa mẹ với một lượng nhỏ. Quá mẫn với các thuốc là dẫn xuất sulfonamid và hạ kali huyết có thể xảy ra. Không thể loại trừ nguy cơ đối với trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ.

Indapamid có liên quan chặt chẽ với thuốc lợi tiểu thiazid trong việc làm giảm hoặc thậm chí ức chế tiết sữa trong thời kỳ cho con bú.

Không khuyến cáo dùng indapamid trong thời kỳ cho con bú.

8. ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE, VẬN HÀNH MÁY MÓC

Indapamid không ảnh hưởng đến sự tập trung nhưng trong một số trường hợp cá biệt, hạ huyết áp có thể xảy ra, đặc biệt là khi bắt đầu điều trị hoặc khi dùng thêm một thuốc điều trị tăng huyết áp khác. Do đó, khả năng lái xe hay vận hành máy móc có thể bị suy giảm.

9. TƯƠNG TÁC, TƯƠNG KỶ CỦA THUỐC

Tương tác của thuốc:

Các kết hợp không được khuyến cáo

Lithi

Tăng lithi huyết tương với các dấu hiệu quá liều, như với chế độ ăn không có muối (giảm bài tiết lithi qua nước tiểu). Tuy nhiên, nếu việc sử dụng thuốc lợi tiểu là cần thiết, cần theo dõi cẩn thận lithi huyết tương và điều chỉnh liều.

Các kết hợp cần thận trọng

Các thuốc gây xoắn đĩnh

- Các thuốc chống loạn nhịp tim nhóm Ia (quinidin, hydroquinidin, disopyramid).
- Các thuốc chống loạn nhịp tim nhóm III (amiodaron, sotalol, dofetilid, ibutilid, bretylium).
- Một số thuốc chống loạn thần:
 - Các phenothiazin (clorpromazin, cyamemazin, levomepromazin, thioridazin, trifluoperazin).
 - Các benzamid (amisulprid, sulpirid, sultoprid, tiaprid).
 - Các butyrophenon (droperidol, haloperidol).
 - Các thuốc chống loạn thần khác (như pimozid).
- Các thuốc khác: bepridil, cisaprid, diphemanil, erythromycin IV, halofantrin, mizolastin, pentamidin, sparfloxacin, moxifloxacin, vincamin IV, methadon, astemizol, terfenadin.

Tăng nguy cơ rối loạn nhịp thất, đặc biệt là xoắn đĩnh (hạ kali huyết là một yếu tố nguy cơ).

Theo dõi tình trạng hạ kali huyết và xử lý, nếu cần, trước khi dùng phối hợp này. Theo dõi lâm sàng, điện giải trong huyết tương và điện tâm đồ.

Sử dụng các thuốc không có tác dụng bất lợi gây xoắn đĩnh khi bị hạ kali huyết.

Các NSAID (đường toàn thân) bao gồm các thuốc ức chế chọn lọc COX-2, acid acetylsalicylic liều cao (≥ 3 g/ngày)

Có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của indapamid.

Nguy cơ suy thận cấp ở bệnh nhân bị mất nước (giảm tốc độ lọc cầu thận). Bù nước cho bệnh nhân; theo dõi chức năng thận khi bắt đầu điều trị.

Các thuốc ức chế enzym chuyển angiotensin (ACE)

Nguy cơ hạ huyết áp đột ngột và/hoặc suy thận cấp khi bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế ACE khi có tiền sử giảm natri (đặc biệt ở bệnh nhân hẹp động mạch thận).



Trong tăng huyết áp, khi điều trị bằng thuốc lợi tiểu trước đó có thể gây mất natri, cần phải:

- hoặc ngừng thuốc lợi tiểu 3 ngày trước khi bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế ACE và bắt đầu lại thuốc lợi tiểu giảm kali huyết nếu cần;
- hoặc dùng thuốc ức chế ACE với liều khởi đầu thấp và tăng liều từ từ.

Trong suy tim sung huyết, bắt đầu với liều rất thấp của thuốc ức chế ACE, sau đó có thể giảm liều của thuốc lợi tiểu giảm kali huyết dùng đồng thời.

Trong mọi trường hợp, theo dõi chức năng thận (creatinin huyết tương) trong những tuần đầu điều trị bằng thuốc ức chế ACE.

Các thuốc khác gây hạ kali huyết: amphotericin B (IV), gluco- và mineralo-corticoid (đường toàn thân), tetracosactid, các thuốc nhuận tràng kích thích

Tăng nguy cơ hạ kali huyết (tác dụng phụ).

Theo dõi kali huyết tương và điều chỉnh nếu cần. Phải đặc biệt lưu ý trong trường hợp điều trị đồng thời với digitalis. Sử dụng các thuốc nhuận tràng không kích thích.

Baclofen

Tăng tác dụng hạ huyết áp.

Bù nước cho bệnh nhân; theo dõi chức năng thận khi bắt đầu điều trị.

Các chế phẩm digitalis

Hạ kali huyết và/hoặc hạ magesi huyết dẫn đến độc tính của digitalis. Nên theo dõi nồng độ kali, magesi trong huyết tương và điện tâm đồ và nếu cần, điều chỉnh việc điều trị.

Các kết hợp cần lưu ý đặc biệt

Allopurinol

Điều trị đồng thời với indapamid có thể làm tăng tỷ lệ gặp phản ứng quá mẫn với allopurinol.

Các kết hợp cần xem xét

Các thuốc lợi tiểu giữ kali (amilorid, spironolacton, triamteren)

Mặc dù phối hợp này có thể hữu ích cho một số bệnh nhân, hạ kali huyết hoặc tăng kali huyết đặc biệt ở bệnh nhân suy thận hoặc đái tháo đường vẫn có thể xảy ra. Cần theo dõi kali huyết tương và điện tâm đồ và nếu cần, xem xét lại việc điều trị.

Metformin

Tăng nguy cơ nhiễm toan lactic gây ra bởi metformin do thuốc lợi tiểu và đặc biệt là thuốc lợi tiểu quai có khả năng gây suy chức năng thận. Không sử dụng metformin khi creatinin huyết tương vượt quá 15 mg/l (135 $\mu\text{mol/l}$) ở nam và 12 mg/l (110 $\mu\text{mol/l}$) ở nữ.

Các thuốc cản quang chứa iod

Tình trạng mất nước gây ra bởi thuốc lợi tiểu, tăng nguy cơ suy thận cấp, đặc biệt khi dùng liều cao các thuốc cản quang chứa iod.

Bù nước cho bệnh nhân trước khi dùng thuốc cản quang chứa iod.



Các thuốc chống trầm cảm giống imipramin, thuốc an thần

Hiệu quả chống tăng huyết áp và nguy cơ hạ huyết áp thể đứng (tác dụng phụ) tăng lên.

Các muối calci

Nguy cơ tăng calci máu do giảm đào thải calci qua nước tiểu.

Ciclosporin, tacrolimus

Nguy cơ tăng creatinin huyết tương mà không kèm thay đổi nồng độ ciclosporin trong tuần hoàn, ngay cả khi không bị mất nước/natri.

Các corticosteroid, tetracosactid (đường toàn thân)

Giảm tác dụng hạ huyết áp (giữ nước/natri do corticosteroid).

Tương kỵ của thuốc:

Do không có các nghiên cứu về tính tương kỵ của thuốc, không trộn lẫn thuốc này với các thuốc khác.

10. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA THUỐC

Các tác dụng không mong muốn sau đã được ghi nhận với indapamid trong quá trình điều trị được sắp xếp theo tần suất sau: Rất thường gặp ($\geq 1/10$); thường gặp ($\geq 1/100$ đến $< 1/10$); ít gặp ($\geq 1/1000$ đến $< 1/100$); hiếm gặp ($\geq 1/10.000$ đến $< 1/1.000$); rất hiếm gặp ($\geq 1/100.000$ đến $< 1/10.000$); không rõ (không thể ước tính từ dữ liệu có sẵn).

Rối loạn máu và hệ bạch huyết

Rất hiếm gặp: Mất bạch cầu hạt, thiếu máu bất sản, thiếu máu tan máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu

Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng

Rất hiếm gặp: Tăng calci huyết

Thường gặp: Hạ kali huyết

Ít gặp: Hạ natri huyết

Hiếm gặp: Hạ clor huyết, hạ magnesi huyết

Rối loạn thần kinh

Hiếm gặp: Chóng mặt, mệt mỏi, đau đầu, dị cảm

Không rõ: Ngất

Rối loạn mắt

Không rõ: Cận thị, nhìn mờ, suy giảm thị lực, tăng nhãn áp góc đóng cấp tính, tràn dịch màng mạch

Rối loạn tim

Rất hiếm gặp: Loạn nhịp tim

Không rõ: Xoắn đình (có thể gây tử vong)

Rối loạn mạch



Rất hiếm gặp: Hạ huyết áp

Rối loạn tiêu hóa

Ít gặp: Nôn

Hiếm gặp: Buồn nôn, táo bón, khô miệng

Rất hiếm gặp: Viêm tụy

Rối loạn gan mật

Rất hiếm gặp: Chức năng gan bất thường

Không rõ: Khả năng khởi phát bệnh não gan trong trường hợp suy gan, viêm gan

Rối loạn da và mô dưới da

Thường gặp: Phản ứng quá mẫn, phát ban dát sần

Ít gặp: Ban xuất huyết

Rất hiếm gặp: Phù mạch, mày đay, hoại tử biểu bì nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson

Không rõ: Có thể làm nặng thêm bệnh lupus ban đỏ lan tỏa cấp tính đã có từ trước, phản ứng nhạy cảm với ánh sáng

Rối loạn thận và tiết niệu

Rất hiếm gặp: Suy thận

Rối loạn sinh sản và tuyến vú

Ít gặp: Rối loạn cương dương

Rối loạn cơ xương và mô liên kết

Không rõ: Co cơ, yếu cơ, nhược cơ, tiêu cơ vân

Các xét nghiệm

Không rõ: QT kéo dài trên điện tâm đồ, tăng glucose huyết, tăng acid uric huyết, tăng enzym gan

Thông báo ngay cho bác sĩ hoặc dược sĩ những phản ứng có hại gặp phải khi sử dụng thuốc.

11. QUÁ LIỀU VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Triệu chứng

Indapamid không có độc tính ở liều lên tới 40 mg, tức là gấp 16 lần liều điều trị.

Các dấu hiệu của ngộ độc cấp tính là rối loạn nước/điện giải (hạ natri huyết, hạ kali huyết). Trên lâm sàng, có thể bị buồn nôn, nôn, hạ huyết áp, chuột rút, chóng mặt, buồn ngủ, lú lẫn, đa niệu hoặc thiếu niệu có thể đến mức vô niệu (do giảm thể tích tuần hoàn).

Xử trí

Các biện pháp ban đầu là nhanh chóng loại bỏ thuốc bằng cách rửa dạ dày và/hoặc cho uống than hoạt tính, sau đó là phục hồi cân bằng nước/điện giải về mức bình thường.

12. ĐẶC TÍNH DƯỢC LỰC HỌC



13. ĐẶC TÍNH DƯỢC ĐỘNG HỌC

Sau khi uống, indapamid được hấp thu nhanh và hoàn toàn qua đường tiêu hóa. Nồng độ tối đa trong huyết tương đạt được sau 0,5-2 giờ. Với liều uống 2,5 mg indapamid mỗi ngày, nồng độ trong huyết tương ở trạng thái ổn định đạt được sau 2 ngày (khoảng 30 µg/l).

Phân bố

Indapamid liên kết 76-79% với protein huyết tương và tập trung ở cơ trơn mạch máu do có ái lực cao với elastin. Nó cũng liên kết với carbonic anhydrase trong hồng cầu mà không ức chế enzym.

Thời gian bán thải ở người là 15-18 giờ và không bị ảnh hưởng bởi sự suy giảm chức năng thận. Nồng độ tối đa trong huyết tương và các giá trị ở trạng thái ổn định cho kết quả như ở bệnh nhân có chức năng thận bình thường cũng như bệnh nhân cần thẩm tách máu.

Sau khi dùng indapamid được đánh dấu phóng xạ, khoảng 93% hoạt chất phóng xạ có thể được tìm thấy trong huyết tương, cho thấy sinh khả dụng cao. Các thử nghiệm lâm sàng đã chỉ ra rằng thức ăn không ảnh hưởng đến sinh khả dụng của indapamid và việc sử dụng đồng thời với các thuốc kháng acid, ví dụ gel nhôm hoặc magnesi hydroxid, cũng không làm giảm tác dụng đáng kể.

Chuyển hóa

Thải trừ chủ yếu qua thận. 60-70% liều dùng được bài tiết qua nước tiểu, trong đó chỉ 7% ở dạng không đổi, phần còn lại ở dạng 19 chất chuyển hóa không có hoạt tính dược lý. 16-20% được bài tiết qua phân.

Độ thanh thải thận là 5-9 ml/phút.

Các đối tượng đặc biệt

Các thông số dược động học không thay đổi ở bệnh nhân suy thận.

14. QUY CÁCH ĐÓNG GÓI

Hộp 3 vỉ x 10 viên.

Hộp 6 vỉ x 10 viên.

Hộp 10 vỉ x 10 viên.

15. ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN

Nơi khô, nhiệt độ không quá 30°C, tránh ánh sáng.

16. HẠN DÙNG

36 tháng kể từ ngày sản xuất.

17. TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG THUỐC

TCCS.

18. TÊN, ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ SẢN XUẤT THUỐC



CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM TRƯỜNG THỌ

Địa chỉ: Chi nhánh Công ty Cổ phần Dược phẩm Trường Thọ - Lô M1, Đường N3, Khu Công nghiệp Hòa Xá, Phường Lộc Hòa, Thành phố Nam Định, Tỉnh Nam Định