

19]. Lovgivning om adgang til sundhedsydelser for migranter varierer i høj grad mellem lande [18], ligesom praksis kan afvige fra lovgivningen [20]. Der vil derfor også være behov for dokumentation af, hvordan praksis ser ud i Danmark.

KORRESPONDANCE: *Natasja Koitzsch Jensen*, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, 1014 København K. E-mail: naje@sund.ku.dk

ANTAGET: 22. februar 2011

FØRST PÅ NETTET: 25. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugere, Europa-kommisjonen, har finansieret EU-projektet European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Care Service for Immigrants in Europe (EUGATE). Data til dette arbejde er indsamlet i forbindelse med EUGATE-projektet.

Stefan Priebe og *Marija Bogic* fra Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, takkes for ansvar og koordinering af EUGATE-projektet.

Andrea Gaddini fra Mental Health Unit, Prevention and Health Promotion Department, Agency for Public Health of Lazio Region, takkes for at koordinere undersøgelsen af lovgivning og politikker for migrantgrupper i de inkluderede EU-lande i forbindelse med EUGATE-projektet.

LITTERATUR

1. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455 (15. jul 2010).
2. www.nyidanmark.dk/da-dk/statistik/integrationsomraadet/begreber_definitioner.htm (17. sept 2010).
3. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129917 (9. okt 2010).
4. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10335 (9. okt 2010).
5. Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
6. Retningslinier for sundhedsbehandling af voksne asylansøgere mv. København: Udlændingetjeneste, 2006.
7. Standard for asylafdelingens sundhedstjeneste. København: Røde Kors, 2009.
8. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=133236 (31. aug 2010)
9. Retningslinier for bevilling af tandbehandling til voksne asylansøgere mv. København: Udlændingetjeneste, 2006.
10. www.nyidanmark.dk/da-dk/Ophold/asyl/kvoteflygtninge.htm (15. jul 2010).
11. http://sundnyt.sst.dk/Tilsyn/Hospitalsoegende_med_falsk_identifikation_-_om_behandling_og_politianmeldelse.aspx (5. mar 2011).
12. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10239 (31. aug 2010).
13. Handlingsplan til bekæmpelse af handel med mennesker 2007-2010. København: Minister for Ligestilling, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, Udenrigsministeriet og Justitsministeriet, 2007.
14. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/lovgiving/lovgiving-vedrorende-udvidelse-af-refleksionsperioden (9. nov 2010).
15. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/hjaelp-til-ofre-for-menneskehandel/sundhedstilbud (9. nov 2010).
16. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/hjaelp-til-ofre-for-menneskehandel (17. dec 2010).
17. International Organization for Migration. Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation. Madrid, WHO, 2010.
18. Peiro MJ, Benedict R, red. International Organization for Migration. Health care for undocumented migrants in the EU: concepts and cases. Donau: Donau Universität Krems, Center for Health and Migration, 2009.
19. www.menneskeret.dk/internationalt/fn/fn's-verdenserkl%c3%a6ring (18. jan 2011)
20. Huma Network. Health for undocumented migrants and asylum seekers network. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Law and practice. www.huma-network.org (18 jan 2011).

Føtal og neonatal alloimmun trombocytopeni er en mulig fatal tilstand

Ellen Birkerod Morling Taaning¹, Jens Kjeldsen-Kragh², Morten Hedegaard³, Hanne Kristine Hegaard⁴, Tine Brink Henriksen⁵, Anne-Mette Hvas⁶, Hanne Kjærgaard⁷ & Ole Bredahl Rasmussen⁸

Formålet med denne statusartikel om føtal og neonatal alloimmun trombocytopeni (FNAIT) er at beskrive sygdomsmekanismen, incidensen og diagnostikken og at give anbefalinger for behandling samt at diskutere FNAIT-screening.

FNAIT er den hyppigste årsag til svær føtal og neonatal trombocytopeni og er en væsentlig årsag til intracerebral blødning hos mature, i øvrigt raske, nyfødte med potentielt svære handicap eller død til følge [1].

Sygdomsmekanismen ved FNAIT er analog til hæmolytisk sygdom hos den nyfødte, hvor fosterets erythrocytter destrueres af moderens erythrocytantistoffer.

Ved FNAIT er der føtomaternel uforligelighed for et eller flere føtale trombocytantigener, *human platelet antigens* (HPA), som fosteret har arvet fra faderen, men som ikke er til stede hos moderen. Uforligeligheden kan give anledning til maternel alloimmunisering. De maternelle immunoglobulin G-antistoffer kan via placenta passere til fosterets cirkulation, hvor de bindes til fosterets antigenpositive trombocytter. De antistofsensibiliserede trombocytter vil derefter blive fjernet fra fosterets cirkulation via monocyt-makrofag-systemet – hovedsageligt i milten. Dette kan føre til alvorlig trombocytopeni hos fosteret eller det nyfødte barn med deraf følgende øget blødningsstendens [1].

HPA er genetisk bestemte strukturelle forskelle, polymorfier, i forskellige glykoproteiner, der hovedsageligt er udtrykt på trombocytmembranen. HPA er nummereret i kronologisk orden efter det tidspunkt, hvor de er beskrevet i litteraturen. Der er i dag 12 velkarakteriserede antigener, der indgår i seks di-allele systemer med kodominant autosomal arvegang. Det hyppigst forekommende antigen i hvert system kaldes a og det andet b. HPA-1a (tidligere Zw^a eller Pl^{A1}) [2, 3] er det først beskrevne i litteraturen og er af stor klinisk betydning.

Immuniseringen kan finde sted tidligt i graviditeten, idet HPA er påvist på fosterets trombocytter fra

STATUSARTIKEL

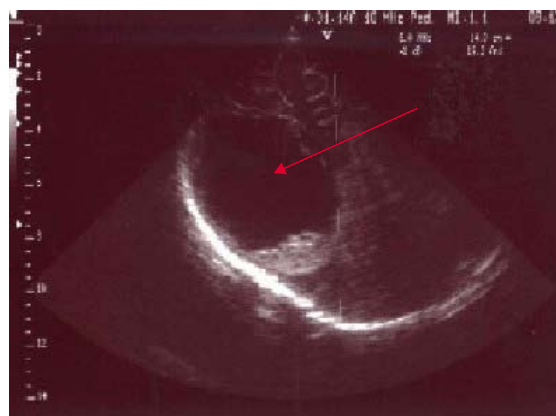
- 1) Klinisk Immunologisk Afdeling, Rigshospitalet,
- 2) Afdelingen for immunologi og transfusionsmedisin, Oslo Universitets-sykehus, Ullevål, Oslo,
- 3) Obstetriske Klinik, Rigshospitalet,
- 4) Juliane Marie Centret, Afsnit 9431, Rigshospitalet,
- 5) Pædiatrisk Afdeling A, Aarhus Universitetshospital, Skejby,
- 6) Klinisk Biokemisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby,
- 7) Juliane Marie Centret, Forskning, Afsnit 3341, Rigshospitalet, og
- 8) Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Sygehusenheden Vest, Herning

16. graviditetsuge [4]. Det er endog muligt, at immuniseringen kan ske allerede sidst i første trimester, idet det er påvist, at beta3-integrin (GPIIIa), hvor bl.a. HPA-1a er lokaliseret, er udtrykt på villi i syncytiotrofoblaster, som er i direkte kontakt med moderens blod. Det er ligeledes muligt, at afstødninger fra syncytiotrofoblastens mikrovesikler til moderens cirkulation kan give anledning til alloimmuniseringen [5].

Blandt europæere skyldes ca. 75% af FNAIT-tilfældene immunisering rettet mod HPA-1a [6]. Omkring 2% af europæere er negative for HPA-1a (trombocyttype: HPA-1b). Hovedparten af de HPA-1a-negative gravide vil bære et HPA-1a-positivt foster, idet ca. 98% af alle individer er HPA-1a-positiv. Kun ca. 10% af de HPA-1a-negative kvinder, som er gravide med et HPA-1a-positivt foster, bliver immuniserede, og næsten alle har en bestemt vævstype (DRw52a eller HLA-DRB3*01:01) [7, 8].

INCIDENS OG KLINIK

Svær FNAIT (< 50 mia. trombocytter/l) forekommer relativt sjældent, idet incidensen er ca. 1 ud af 1.700 graviditeter [7], svarende til omkring 40 tilfælde pr. år i Danmark. 4-24% af FNAIT-tilfældene forekommer i forbindelse med første graviditet [9] i modsætning til hæmolytisk sygdom hos nyfødte, der næsten altid optræder i forbindelse med de følgende graviditeter. Den øgede blødningstendens ses typisk omkring fødselstidspunktet eller i timerne efter, hvor barnet får hæmorrhagisk diatese med petekkier, ekky-moser eller hæmatomer og sjældnere blødning fra slimhinder og organer. Trombocyt-koncentrationen er ofte meget lav (< 20 mia./l) ved fødslen og kan falde yderligere i de første levedøgn [10]. Bortset fra blødningstendensen er barnets øvrige kliniske tilstand ofte upåfaldende. I 10-30% af FNAIT-tilfældene opstår der intracerebral blødning, der har dødelig udgang hos ca. 30% [3]. Den intracerebrale blødning kan finde sted allerede intrauterint, hvilket hyppigst



To en halv måned gammelt barn født til tiden med føtal og neonatal trombocytopeni. Ultralydskanning gennem forreste fontanelle, koronalt snit, viser følger efter blødning i form af stor cyste (markeret med pil) i højre hemisfære. Barnet har venstresidig hemiparese.

sker mellem 30. og 35. graviditetsuge [11]. I litteraturen er angivet, at de cerebrale blødninger i op til 80% af tilfældene sker in utero [12, 13]. Mindre hyppigt forekommer hydrocephalus, føtal anæmi og intrauterin død ved FNAIT [3].

DIAGNOSTIK

Mistanken om FNAIT i en familie opstår således ofte umiddelbart ved fødslen eller i timerne efter på grund af ovennævnte kliniske og laboratoriemæssige fund. De vigtigste differentialdiagnoser er autoimmun trombocytopeni hos moderen og infektion hos barnet. Den endelige FNAIT-diagnose stilles ved påvisning af HPA-antistoffer i moderens serum, rettet mod barnets trombocytantigener. Desværre er der trods indførelse af nye sensitive teknikker fortsat tilfælde af FNAIT, hvor HPA-antistoffer ikke kan påvises på fødselstidspunktet [2, 14]. I disse situationer kan påvisning af HPA-uforlidelighed mellem mor og barn være et vigtigt diagnostisk bidrag.

BEHANDLINGSSTRATEGIER

Postnatal behandling

Når diagnosen foreligger, behandles barnet med HPA-forligelige trombocytter. Hvis moderen også har anti-HLA-antistoffer i plasma, anvendes desuden trombocytter, der er HLA-forligelige og bestrålede for at forhindre transfusionsrelateret *graft-versus-host*-sygdom. Trombocyt-koncentrationen måles oftest dagligt, indtil barnets trombocyt-koncentration er stabiliseret på et acceptabelt niveau (> 30 mia./l) eller stigende. I de fleste tilfælde opnås dette inden for to uger [13].

Hvis forligelige trombocytprodukter ikke kan fremskaffes, kan der anvendes vaskede og bestrålede trombocytter høstet fra moderen. Trombocytterne va-



FAKTABOKS

Føtal og neonatal trombocytopeni (FNAIT) er en sjælden, men potentiel alvorlig tilstand for fosteret og det nyfødte barn.

Tilstanden skyldes antistoffer hos moderen rettet mod fosterets trombocytter.

Intracerebral blødning er en alvorlig komplikation.

FNAIT kan ses i forbindelse med første graviditet.

Ved FNAIT i forbindelse med første graviditet behandles barnet med trombocyttransfusion evt. kombineret med intravenøst immunoglobulin (IVIG).

Ved kendt disposition for FNAIT kan blødningsrisikoen minimeres ved behandling af moderen med IVIG, elektivt sectio og trombocyttransfusion til barnet.

skes for at fjerne moderens antistofholdige plasma. I akutte situationer med svær trombocytopeni påbegyndes behandlingen straks med trombocyttransfusioner fra tilfældigt udvalgte donorer.

Behandling med intravenøst immunglobulin (IVIG) synes at have effekt, men stigningen i trombocyt-koncentration ses først efter ca. et døgn [2].

Antenatal behandling

Hos gravide kvinder, der tidligere har født et barn med FNAIT, og hvor barnefaderen er heterozygot for det pågældende HPA, kan fosterets trombocyttype bestemmes på DNA isoleret fra chorionvillusbiopsier, der er udtaget tidligt i graviditeten. Dette medfører mulighed for antenatal behandling eller abort inden 12. graviditetsuge. Nyligt publicerede data viser, at det nu er muligt at foretage HPA-1a-gentypning på frit foster-DNA i en blodprøve fra moderen, analogt til prænatal RhD-type-bestemmelse [15]. Målet med antenatal behandling er at forebygge svær trombocytopeni og dermed intracerebral blødning. Der eksisterer ikke randomiserede, kontrollerede, kliniske undersøgelser, hvor man har påvist den optimale antenatale behandling af FNAIT [2]. Der anvendes hovedsageligt tre behandlingsstrategier: 1) IVIG-behandling af moderen under graviditeten eventuelt kombineret med kortikosteroid samt forløsning ved kejsersnit 2-3 uger før terminen, 2) forløsning ved kejsersnit 2-3 uger før terminen eller 3) intrauterine trombocyttransfusioner samt forløsning vaginalt eller ved kejsersnit. Sidstnævnte behandlingsstrategi kræver egentlige intrauterine transfusioner af HPA-forligelige trombocytter. På flere centre har man efterhånden forladt denne behandling på grund af høj risiko for fosterdød [13, 16].

I Danmark har behandlingen gennem mange år været centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingsstrategien har været antenatal behandling med IVIG hver tredje uge, påbegyndt i graviditetsuge 22 og efterfulgt af forløsning ved kejsersnit 2-3 uger før terminen; tilsyneladende med god effekt, idet ingen af ca. 50 behandlede kvinder har født børn med intracerebral blødning.

Flere observationelle undersøgelser tyder på en mulig sammenhæng mellem IVIG-behandling med eller uden kortikosteroid af moderen og stigning i fosterets trombocyt-koncentration med nedsat risiko for intracerebral blødning. Effekten af denne behandling er dog ikke dokumenteret i kontrollerede undersøgelser [2, 16]. **Tabel 1** giver en oversigt over diagnosticering og forslag til behandling af FNAIT.

INDFØRELSE AF SCREENING FOR FNAIT I DANMARK

Det er generelt anerkendt, at FNAIT er underdiagno-

sticeret. Dette skyldes formentlig manglende kendskab til den forskelligartede kliniske præsentation og forekomst af milde og asymptomatiske tilfælde [10, 14]. I Danmark behandles 5-10 patienter årligt under graviditeten. Det forventede antal af gravide med antistoffer ville ud fra en forekomst på 1:1.700 være omkring 40 om året. Det diagnosticerede antal kan ikke estimeres nationalstatistisk, da der ikke findes en entydig International Classification of Diseases 10-kode til denne problemstilling; men der er med meget stor sandsynlighed tale om en betydelig underdiagnosticering.

I en nyere screenings- og interventionsundersøgelse fra Norge inkluderede man flere end 100.000 gravide. Alle HPA-1a-negative med HPA-1a-antistoffer blev tilbudt kejsersnit 2-4 uger før terminen, og der var ved fødslen HPA-forligelige trombocytter parat til transfusion til barnet. Resultaterne tyder på, at denne behandlingsstrategi kan reducere risikoen for intracerebral blødning og fosterdød med 75% [7]. Indførelse af denne strategi synes at være omkostningseffektiv [17, 18]. Alvorlige tilfælde af FNAIT med intracerebral blødning, der medfører hjerne-skade eller død, forekommer med cirka samme hyppighed eller lidt hyppigere end fenylyketonuri (PKU). Alle danske nyfødte er siden 1975 blevet screenet for PKU [19]. Det er derfor værd at diskutere, om man i



TABEL 1

FNAIT-diagnosen er baseret på anamnese, klinik og parakliniske fund. *Anamnese*: ældre søskende med neonatal trombocytopeni eller intracerebral blødning. *Klinik og parakliniske fund*: øget blødningstendens ofte uden andre kliniske symptomer og typisk meget lav trombocyt-koncentration. *Vigtigste differentialdiagnoser*: ved neonatal trombocytopeni: infektioner hos barnet og autoimmun trombocytopeni hos moderen.

Undersøgellesprogram ved neonatal trombocytopeni og klinisk mistanke om FNAIT

- Bestemmelse af barnets og moderens trombocyt-koncentration
- Undersøgelse af moderens serum/plasma for antistoffer mod trombocytter (HPA-antistoffer og HLA-klasse I-antistoffer)
- HPA-gen-type-bestemmelse af moder og barn (samt evt. fader mhp. evt genetisk rådgivning i forbindelse med efterfølgende graviditeter)
- Undersøgelse for intracerebral blødning (ved hjælp af ultralydskanning, computertomografi eller magnetisk resonans-skanning)

Dødfødte med intracerebral blødning eller hydrocephalus samt nyfødte med trombocytopeni uden øget blødningstendens bør også udredes for FNAIT

De lokale kliniske immunologiske afdelinger/blodbanker kan formidle kontakten til laboratorier, hvor man rådgiver og udfører de relevante analyser mhp. diagnosticering af FNAIT

Forslag til behandlingsprogram for FNAIT

1. Postnatal behandling: trombocyttransfusion til den nyfødte ved svær FNAIT eventuelt kombineret med IVIG
2. Prænatal behandling: IVIG (eventuelt kombineret med kortikosteroid) til moderen og forløsning ved kejsersnit 2-3 uger før termin

FNAIT = føtal og neonatal trombocytopeni; HPA = *human platelet antigens*; IVIG = intravenøst immunglobulin.

Danmark burde indføre screening for FNAIT i lighed med screeningen for PKU. I Holland overvejes indførelsen af en sådan screening [20]. Det vigtigste argument for screening er, at hjerneblødning er en så alvorlig komplikation, at selv en marginal gevinst kan være uhyre vigtig for barnet og dets familie. Da de samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med omsorg for et hjerneskadede barn ofte beløber sig til 1 mio. kr. eller mere pr. år, er der grund til at antage, at et screenings- og opfølgingsprogram desuden vil være samfundsmæssigt rentabelt.

Selv om resultaterne fra Norge synes at være ganske lovende, er der tale om en ikke-randomiseret kohorteundersøgelse med en kontrolgruppe fra et historisk datamateriale. Den sundhedsmæssige effekt af det norske program er derfor usikker. Da evidensen for alternative antenatale behandlingsstrategier hovedsageligt er baseret på observationelle undersøgelser [3], er der i dag heller ingen konsensus om den antenatale behandling.

Evidensen for såvel screening som prænatal behandling er således ikke optimal, og der er derfor behov for flere undersøgelser med højeste evidensgrad. Randomiserede undersøgelser baseret på et positivt udfald svarende til ca. 1:1.700 vil dog være en udfordring at gennemføre, idet disse vil kræve omkring 250.000 gravide i hver arm.

KORRESPONDANCE: Ellen Birkerød Morling Taaning, Klinisk Immunologisk Afdeling, Vævstypelaboratoriet, Rigshospitalet, Tagensvej 20, 2200 København N.
E-mail: ellen.morling.taaning@rh.regionh.dk

ANTAGET: 22. februar 2011

FØRST PÅ NETTET: 25. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Bussell JB, Primiani A. Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia: progress and ongoing debates. *Blood Rev* 2008;22:33-52.
- Serrarens-Janssen VML, Semmekrot BA, Novotny VMJ et al. Fetal/neonatal alloimmune thrombocytopenia (FNAIT): past, present, and future. *Obstet Gynecol Surv* 2008;63:239-52.
- Rayment R, Brunskill S, Stanworth S et al. Antenatal interventions for fetomaternal alloimmune thrombocytopenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD004226. Gruel Y, Bolzard B, Daffos F et al. Determination of platelet antigens and glycoproteins in the human fetus. *Blood* 1986;68:488-92.
- Gruel Y, Bolzard B, Daffos F et al. Determination of platelet antigens and glycoproteins in the human fetus. *Blood*. 1986; 68:488-92.
- Kumpel BM, Sibley K, Jackson DJ et al. Ultrastructural localization of glycoprotein IIIa (GPIIIa, beta3 integrin) on placental syncytiotrophoblast microvilli: implications for platelet alloimmunization during pregnancy. *Transfusion* 2008;48:2077-86.
- Ghevaert C, Campbell K, Walton J et al. Management and outcome of 200 cases of fetomaternal alloimmune thrombocytopenia. *Transfusion* 2007;47:901-10.
- Kjeldsen-Kragh J, Killie MK, Tomter G et al. A screening and intervention program aimed to reduce mortality and serious morbidity associated with severe neonatal alloimmune thrombocytopenia. *Blood* 2007;110:833-9.
- Williamson LM, Hackett G, Rennie J et al. The natural history of fetomaternal alloimmunization to the platelet-specific antigen HPA-1a (PIA1, Zwa) as determined by antenatal screening. *Blood* 1998;92:2280-7.
- Skogen B, Killie MK, Kjeldsen-Kragh J et al. Reconsidering fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia with a focus on screening and prevention. *Expert Rev Hematol* 2010;5:559-66.
- Roberts I, Stanworth S, Murray NA. Thrombocytopenia in the neonate. *Blood Rev* 2008;22:173-86.
- Murphy MF. Antenatal screening for fetomaternal alloimmune thrombocytopenia: an evaluation using the criteria of the UK National Screening Committee. *Br J Haematol* 2000;111:726-32.
- Spencer JA, Burrows RF. Feto-maternal alloimmune thrombocytopenia: a literature review and statistical analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:45-55.
- Murphy MF, Bussell JB. Advances in the management of alloimmune thrombocytopenia. *Br J Haematol* 2006;136:366-78.
- Tiller H, Killie M, Skogen B et al. Neonatal alloimmune thrombocytopenia in Norway: poor detection rate with nonscreening versus a general screening programme. *BJOG* 2009;116:594-8.
- Scheffer PG, de Haas M, Oepkes D et al. Non-invasive fetal genotyping of human platelet antigen HPA 1a using cell-free fetal DNA isolated from maternal blood. *Vox Sang* 2010;99(suppl 1):73.
- van den Akker ESA, Oepkes D. Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:3-14.
- Killie MK, Kjeldsen-Kragh J, Husebekk A et al. Cost-effectiveness of antenatal screening for neonatal alloimmune thrombocytopenia. *BJOG* 2007;114:588-95.
- Killie MK, Kjeldsen-Kragh J, Husebekk A et al. Cost-effectiveness analysis of screening for neonatal alloimmune thrombocytopenia was based on invalid assumption. *BJOG* 2008;115:413-4.
- Biokemisk screening for medfødt sygdom hos nyfødte. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
- Kamphuis M, Paridaans N, Porcelijn L et al. Screening in pregnancy for fetal or neonatal alloimmune thrombocytopenia: systematic review. *BJOG* 2010;DOI: 10.1111.



LÆGEMIDDELSTYRELSEN

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemedelstyrelsen meddeler, at der pr. 25. juli 2011 ydes generelt uklausuleret tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

- (S-01-BC-05) Acular øjendråber*, EuroPharmaDK ApS
- (L-02-BG-03) Anastrozol »Accord« tabletter*, Accord Healthcare Ltd.
- (L-02-BG-06) Exemestan »Stada« tabletter*, PharmaCoDane ApS
- (N-04-BC-04) Ropinirol »Sandoz« tabletter*, Sandoz A/S
- (G-04-BD-08) Vesicare tabletter*, Zcare4 ApS
- (L-02-AE-02) Leuprorelin implantat, Sandoz A/S

Der ydes generelt klausuleret tilskud til følgende lægemiddel:

- (C-08-CA-09) Lacidipin »Teva« tabletter*, Teva Denmark A/S

Lægemidlet er klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med behandlingskrævende hypertension eller anden form for hjerte-karsygdom, hvor behandling med dihydropridin-calciumantagonister med generelt tilskud uden klausulering ikke tolereres, eller i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig. En betingelse for at opnå tilskud er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Der ydes generelt klausuleret tilskud til følgende lægemiddel:

- (D-01-AE-16) Finail medicinsk neglelak, Orifarm Generics A/S

Lægemidlet er klausuleret til pensionister eller til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Negleinfektioner forårsaget af amorolfinfølsomme svampe. En betingelse for at opnå tilskud efter sygdomsklausulen er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 25. juli 2011.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.