



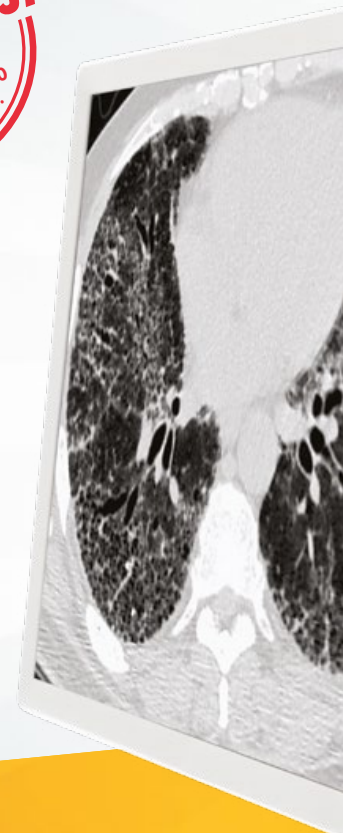
OFEV[®]
nintedanib



HEAD ON

ZMIERZ SIĘ Z PF-ILD

**i zmień przebieg choroby, spowalniając
tempo utraty czynności płuc¹⁻²**



PF-ILD — choroba śródmiąższowa płuc przebiegająca z włóknieniem o fenotypie postępującym.

Piśmiennictwo:

1. Charakterystyka produktu leczniczego OFEV[®], 27 lutego 2024.
2. Distler O, Highland KB, Gahlemann M, et al. Nintedanib for systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. N Engl J Med. 2019; DOI:10.1056/NEJMoa1903076.

Life forward



LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

ŚWIADCZENIOBIORCY

W programie finansuje się leczenie nintedanibem pacjentów z chorobą śródmiaższową płuc:

- przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD),
- związanej z twardziną układową.

Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiaższowych Płuc, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.

1. Kryteria kwalifikacji

Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.).

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:

- 1) wiek 18 lat i powyżej,
- 2) rozpoznanie choroby śródmiaższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR),
- 3) FVC $\geq$ 40% wartości należnej,
- 4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej,
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii,
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwana dalej ChPL),
- 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL,
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią,

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:

1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiaższową płuc związaną z twardziną układową:

- 1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,
- 2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:
 - a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano:
 - spadek wartości FVC o co najmniej 10%,
lub
 - spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,
pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych,
 - lub
 - b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,
lub
 - c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiaższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD):

- 1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem:
 - a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,
lub
 - b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiaższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiaższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiaższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonymi w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiaższowych Płuc,
- 2) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:
 - a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy:
 - spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub
 - spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub
 - spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub
 - spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub
 - progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych,
pomimo stosowania leczenia uznanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane było przez okres co najmniej 3–6 miesięcy lub krócej

- w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub w razie braku odpowiedniego lub rekomendowanego leczenia bezpośrednio po stwierdzeniu fenotypu postępującego włóknienia
- lub
- b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,
- lub
- c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

W przypadku przerwy w leczeniu wynoszącej 6 miesięcy i więcej, schemat monitorowania (kolumna III pkt 2 podpunkty 1-4) należy ponowić jak w przypadku pacjentów rozpoczynających terapię.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako bezwzględne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy (± 3 miesiące) leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach (± 3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni,
- 2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL,
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą,
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia,
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią,
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji,
- 2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący,
- 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia

Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.

SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE

1. Dawkowanie

Maksymalna dawka dobową: 300 mg,

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem.

Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardzinę układową, zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.

Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.

U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU

1. Badania przy kwalifikacji

- 1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza),
- 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
- 3) morfologia krwi z rozmazem,
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,
- 5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy,
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),

- 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),
- 8) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,
- 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),
- 10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,
- 11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,
- 12) oznaczenie wskaźnika INR,
- 13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD,
- 14) oznaczenie miana p/ciał aCCP,
- 15) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA,
- 16) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF,
- 17) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD lub przy dodatnim mianie ANA,
- 18) test Quantiferon – wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne, lub cytotoksyczne, lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),
- 19) oznaczenie antygenu HBs – wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne, lub cytotoksyczne, lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),
- 20) oznaczenie przeciwciał anti-HCV – wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),
- 21) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne, lub cytotoksyczne, lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),
- 22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),
- 23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza),
- 24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,
- 25) elektrokardiografia (EKG),
- 26) ECHO serca,
- 27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),
- 28) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),
- 29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),
- 30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją),
- 31) gazometria krwi lub pulsoksymetria,
- 32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza).

2. Monitorowanie terapii

- 1) badania laboratoryjne
 - d) morfologia krwi z rozmazem,
 - e) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,
 - f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),

- g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),
- h) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,
- i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
- j) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT).

Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (± 15 dni), po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania leku.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 3 miesiące).

2) badania czynnościowe układu oddechowego:

- a) spirometria,
- b) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco),
- c) pletyzmografia,
- d) gazometria krwi lub pulsoksymetria.

Wymienione badania powinny być wykonywane po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące) od pierwszego podania leku.

3) badanie obrazowe płuc:

- a) TKWR klatki piersiowej.

Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (± 3 miesiące) od pierwszego podania leku. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;

4) badania układu krążenia:

- a) elektrokardiografia (EKG) po każdym 6 miesiącach (± 3 miesiące),
- b) ECHO serca po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące).

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ww. kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny co 12 miesięcy. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym chorych na chorobę śródmiąższową płuc w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, który podsumowuje wyniki leczenia chorych na śródmiąższowe choroby płuc niezwiązane z chorobą układową tkanki łącznej na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie za pomocą odpowiedniej aplikacji internetowej danych dotyczących oceny skuteczności leczenia na podstawie uzyskanych wyników badań opisanych w pkt 2;
- 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

[illegible]

Tabela 1: Zestawienie działań niepożądanych wg częstości występowania

Klasyfikacja układów i narządów preferowany termin	Idiopatyczne włóknienie płuc	Częstość występowania		
		Inne przewlekłe, przebiegające z włóknieniem ILD o fenotypie postępującym	Choroba śródmięsowa płuc związana z twardziłą układową	
Zaburzenia krwi i układu chłonnego				
Malopłytkowość	Niezbyt często	Niezbyt często	Niezbyt często	
Zaburzenia metabolizmu i odżywiania				
Zmniejszenie masy ciała	Często	Często	Często	Często
Zmniejszone łaknienie	Często	Bardzo często	Często	Często
Odwodnienie	Niezbyt często	Niezbyt często	Częstość nieznana	
Zaburzenia serca				
Zawał mięśnia sercowego	Niezbyt często	Niezbyt często	Częstość nieznana	
Zaburzenia naczyń niośnych				
Krwawienie	Często	Często	Często	Często
Nadciśnienie	Niezbyt często	Często	Często	Często
Tętniak i rozwarstwienie tętnicy	Częstość nieznana	Częstość nieznana	Częstość nieznana	Częstość nieznana
Zaburzenia żołądka i jelit				
Biegunka	Bardzo często	Bardzo często	Bardzo często	
Nudności	Bardzo często	Bardzo często	Bardzo często	
Bóle brzucha	Bardzo często	Bardzo często	Bardzo często	
Wymioty	Często	Bardzo często	Bardzo często	

Zapalenie trzustki	Niezbyst często	Niezbyst często	Nieznana
Zapalenie okrzężnicy	Niezbyst często	Niezbyst często	Niezbyst często
Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych			
Polekowe uszkodzenie wątroby	Niezbyst często	Często	Niezbyst często
Zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych	Barczo często	Barczo często	Barczo często
Zwiększenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT)	Często	Barczo często	Często
Zwiększenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT)	Często	Często	Często
Zwiększenie aktywności gammaglutamylotransferazy (GGT)	Często	Często	Często
Hiperbilirubinemia	Niezbyst często	Niezbyst często	Często; nieznana
Zwiększenie aktywności fosfatazy alkalicznej (ALP)	Niezbyst często	Często	Często
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej			
Wysypka	Często	Często	Niezbyst często
Świąd	Niezbyst często	Niezbyst często	Niezbyst często
Lysienie	Niezbyst często	Niezbyst często	Często; nieznana
Zaburzenia nerek i dróg moczowych			
Niewydolność nerek	Często; nieznana	Często; nieznana	Niezbyst często
Białkomocz	Niezbyst często	Niezbyst często	Często; nieznana
Zaburzenia układu nerwowego			
Ból głowy	Często	Często	Często

Opis wybranych działań niepożądanych Biegunka W badaniach klinicznych biegunka była najczęściej zgłaszanym zdarzeniem dotyczącym tabletek i jelit. W większości pacjentów zdarzenie to miało nasilenie łagodne do umiarkowanego. Ponad dwie trzecie pacjentów, u których wystąpiła biegunka, zgłosiło jej wystąpienie po raz pierwszy w ciągu pierwszych trzech miesięcy leczenia. W większości pacjentów zdarzenia te leczono lekami przeciwbiegunkowymi, zmniejszeniem dawki lub tymczasowym przerwaniem leczenia. Tabela 2 zawiera zestawienie zgłoszonych zdarzeń biegunki w badaniach klinicznych.

	IMPULSIS		INBUILD		SENSCIS	
	Placebo	Ofew	Placebo	Ofew	Placebo	Ofew
Biegunka	18,4%	62,4%	23,9%	66,9%	31,6%	75,7%
Ciężka biegunka	0,5%	3,3%	0,9%	2,4%	1,0%	4,2%
Biegunka prowadząca do zmniejszenia dawki produktu leczniczego Ofew	0%	10,7%	0,9%	16,0%	1,0%	22,2%
Biegunka prowadząca do przerwania leczenia produktem leczniczym Ofew	0%	4,4%	0,3%	5,7%	0,3%	6,9%

[illegible]

Life forward

PC-PL-105390

Boehringer Ingelheim Sp. z o.o., ul. Józefa Piusa Dziekońskiego 3, 00-728 Warszawa
tel.: (22) 699 0 699, fax: (22) 699 0 698, www.boehringer-ingelheim.pl, info.waw@boehringer-ingelheim.com

