

**FICHA TÉCNICA:** COPAXONE 20 mg/ml. **1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Copaxone 20 mg/ml solución inyectable en jeringa precargada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de solución inyectable contiene 20 mg de acetato de glatiramero\*, equivalentes a 18 mg de glatiramero base por jeringa precargada. \*El peso molecular medio de la mezcla de acetato de glatiramero se encuentra en el rango de 5.000 – 9.000 daltons. Debido a su complejidad en la composición, no se pueden caracterizar completamente los polipéptidos específicos respecto a la secuencia de aminoácidos, aunque la composición del acetato de glatiramero final es no es completamente aleatoria. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Solución inyectable en jeringa precargada. Solución transparente libre de partículas visibles. La solución inyectable tiene un pH de 5,5 - 7,0 y una osmolaridad de alrededor de 265 mOsmol/l. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Copaxone está indicado para el tratamiento de las formas recurrentes de esclerosis múltiple (EM) (ver sección 5.1 para consultar información importante sobre la población para la que se ha establecido la eficacia). Copaxone no está indicado en la EM progresiva primaria o secundaria. **4.2 Posología y forma de administración:** **Posología:** La dosis recomendada en adultos es de 20 mg de acetato de glatiramero (1 jeringa precargada) administrada como inyección subcutánea, una vez al día. Actualmente no se conoce el tiempo que el paciente debe permanecer bajo tratamiento. El médico que trata al paciente es quien debe decidir en cada caso si el paciente debe tratarse a largo plazo. **Población pediátrica:** Niños y adolescentes: No se han llevado a cabo ensayos clínicos controlados, prospectivos, aleatorizados, o estudios farmacocinéticos en niños o adolescentes. No obstante, los limitados datos publicados sugieren que el perfil de seguridad en adolescentes de 12 a 18 años de edad que recibieron Copaxone 20 mg por vía subcutánea diariamente es similar al observado en adultos. No existe suficiente información disponible acerca del uso de Copaxone en niños menores de 12 años de edad como para hacer ninguna recomendación de uso. Por lo tanto, Copaxone no debe utilizarse en esta población. **Pacientes de edad avanzada:** Copaxone no ha sido estudiado específicamente en ancianos. **Pacientes con insuficiencia renal:** Copaxone no ha sido estudiado específicamente en pacientes con insuficiencia renal (ver sección 4.4). **Forma de administración:** Los pacientes deben ser instruidos en técnicas de auto-inyección, y deben estar supervisados por un profesional sanitario, la primera vez que se autoinyectan, y durante los 30 minutos siguientes. Cada día se debe elegir un lugar diferente para la inyección, de esta manera se reducirá la posibilidad de irritación y dolor en el lugar de la inyección. Los lugares para la auto-inyección son el abdomen, los brazos, las caderas y los muslos. **4.3 Contraindicaciones:** Copaxone está contraindicado en los siguientes casos: Hipersensibilidad conocida al acetato de glatiramero o al manitol. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Copaxone sólo debe administrarse subcutáneamente. Copaxone no debe administrarse por vía intravenosa o intramuscular. El inicio del tratamiento con Copaxone debe estar supervisado por un neurólogo o un médico con experiencia en el tratamiento de la EM. El médico que trata al paciente debe explicarle que al menos uno de los siguientes síntomas puede ocurrir a los pocos minutos de una inyección de Copaxone: vasodilatación (rubefacción), dolor torácico, disnea, palpitaciones o taquicardia. La mayoría de estos síntomas son de corta duración y remiten espontáneamente sin secuelas. Si apareciera un efecto adverso grave, el paciente debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Copaxone y contactar con su médico u otro médico de urgencias. Según criterio médico podría instaurarse tratamiento sintomático. No hay evidencias que sugieran la existencia de algún grupo determinado de pacientes con un riesgo especial para estas reacciones. Sin embargo, se debe tener precaución cuando Copaxone se administra a pacientes con alteraciones cardíacas preexistentes. Debe realizarse un seguimiento regular de estos pacientes durante el tratamiento. Raramente se han comunicado convulsiones y/o reacciones alérgicas o anafilactoides. Raramente podrían aparecer reacciones de hipersensibilidad graves (por ejemplo, broncoespasmo, anafilaxis o urticaria). Si las reacciones son graves, debe instaurarse el tratamiento adecuado y suspenderse el tratamiento con Copaxone. Se detectaron anticuerpos reactivos al acetato de glatiramero en sueros de pacientes durante el tratamiento diario crónico con Copaxone. Los niveles máximos obtenidos correspondían a la duración media de tratamiento de 3-4 meses, los cuales, posteriormente, descendían y se estabilizaban en un nivel ligeramente superior al basal. No existe evidencia que sugiera que esos anticuerpos reactivos al acetato de glatiramero sean neutralizantes o que su formación pueda afectar a la eficacia clínica de Copaxone. En los pacientes con insuficiencia renal, debe monitorizarse la función renal durante el tratamiento con Copaxone. Aunque no exista evidencia de depósito glomerular de complejos inmunes en pacientes, no se puede descartar dicha posibilidad. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se ha evaluado formalmente la interacción de Copaxone con otros medicamentos. Las observaciones de los ensayos clínicos existentes y la experiencia post-comercialización no sugieren ninguna interacción significativa de Copaxone con terapias de uso común en los pacientes con EM, incluyendo el uso concomitante de corticosteroides durante un máximo de 28 días. Los estudios *in vitro* sugieren que el acetato de glatiramero en sangre se une altamente a proteínas plasmáticas, pero no es desplazado por, ni desplaza a fenitoína o carbamazepina. Sin embargo, como Copaxone, en teoría, tiene la capacidad de afectar a la distribución de fármacos que se unen a proteínas plasmáticas, el uso concomitante de tales medicamentos debe ser cuidadosamente monitorizado. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Los estudios realizados en animales no han mostrado toxicidad para la reproducción (ver sección 5.3). Los datos actuales en mujeres embarazadas no indican malformaciones o toxicidad feto / neonatal de Copaxone. Hasta la fecha, no se dispone de datos epidemiológicos relevantes. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Copaxone durante el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo para el feto. **Lactancia:** No se dispone de datos sobre la excreción de acetato de glatiramero, sus metabolitos o anticuerpos en leche materna. Se debería tener precaución cuando Copaxone se administre a madres lactantes. Se debe tener en cuenta la relación riesgo y beneficio para la madre y el niño. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas:** En todos los ensayos clínicos, las reacciones en el lugar de inyección fueron las más frecuentes y se comunicaron por la mayoría de los pacientes que recibieron Copaxone. En estudios controlados, el porcentaje de pacientes que comunicaron estas reacciones, al menos una vez, fue mayor después del tratamiento con Copaxone (70%) que con las inyecciones de placebo (37%). Las reacciones en el lugar de inyección notificadas con mayor frecuencia, en ensayos clínicos y la experiencia post-comercialización fueron: eritema, dolor, tumefacción, prurito, edema, inflamación, hipersensibilidad y raramente la aparición de lipotrofia y necrosis tisular. Una reacción, asociada con al menos uno o más de los siguientes síntomas, ha sido descrita como Reacción Inmediata Post-Inyección: vasodilatación (sofocos), dolor torácico, disnea, palpitaciones o taquicardia. Esta reacción podría presentarse a los pocos minutos de una inyección con Copaxone. Al menos uno de los componentes de esta Reacción Inmediata Post-Inyección fue comunicada, en al menos una ocasión, por el 31% de los pacientes que recibieron Copaxone comparado con el 13% de los pacientes que recibieron placebo. En la siguiente tabla se muestran todas las reacciones adversas que fueron notificadas con más frecuencia en los pacientes tratados con Copaxone que en los tratados con placebo. Estos datos provienen de cuatro ensayos clínicos pivotales, doble ciego y controlados con placebo con un total de 512 pacientes tratados con Copaxone y 509 pacientes tratados con placebo hasta 36 meses. Tres ensayos en EM remitente-recurrente (EMRR) incluyeron un total de 269 pacientes tratados con Copaxone y 271 pacientes tratados con placebo hasta 35 meses. El cuarto ensayo, en pacientes que habían experimentado un primer episodio clínico y fueron determinados como de alto riesgo para desarrollar EM clínicamente definida, incluyó 243 pacientes tratados con Copaxone y 238 pacientes tratados con placebo durante un periodo de tiempo de hasta 36 meses.

Sistema órgano clase (SOC)	Muy frecuentes (≥1/10)	Frecuentes (≥1/100 a <1/10)	Poco frecuentes (≥1/1000 a <1/100)
Infecciones e infestaciones	Infección, Gripe	Bronquitis, Gastroenteritis, Herpes simplex*, Otitis media, Rinitis, Abscesos dentales, Candidiasis vaginal*	Absceso, Celulitis, Forúnculo, Herpes zoster, Pielonefritis
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incl quistes y pólipos)		Neoplasma cutáneo benigno, Neoplasma	Cáncer de piel
Trastornos de la sangre y del sistema linfático		Linfadenopatía*	Leucocitosis, Leucopenia, Esplenomegalia, Trombocitopenia, Morfología anormal de linfocitos
Trastornos del sistema inmunológico		Hipersensibilidad	
Trastornos endocrinos			Bocio, Hipertiroidismo
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		Anorexia, Aumento de peso*	Intolerancia al alcohol, Gota, Hiperlipidemia, Hipernatremia, Descenso de la ferritina sérica
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad*, Depresión	Nerviosismo	Sueños anormales, Estado confusional, Euforia, Alucinaciones, Hostilidad, Manía, Trastornos de la personalidad, Intento de suicidio
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza	Disgeusia, Hipertonía, Migraña, Trastorno del habla, Síncope, Temblor*	Síndrome del túnel carpiano, Trastorno cognitivo, Convulsión, Disgrafía, Dislexia, Distonía, Disfunción motora, Mioclonus, Neuritis, Bloqueo neuromuscular Nistagmo, Parálisis, Parálisis del nervio peroneo, Estupor, Defecto del campo visual
Trastornos oculares		Diplopía, Trastornos oculares*	Cataratas, Lesión de la córnea, Ojo seco, Hemorragia ocular, Ptosis del párpado, Midriasis, Atrofia óptica
Trastornos del oído y del laberinto		Trastorno auditivo	
Trastornos cardíacos		Palpitaciones*, Taquicardia*	Extrasístoles, Bradicardia sinusal, Taquicardia paroxística
Trastornos vasculares	Vasodilatación*		Varices
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Disnea*	Tos, Rinitis estacional	Apnea, Epistaxis, Hiperventilación, Laringoespasmo, Enfermedad pulmonar, Sensación de asfixia
Trastornos gastrointestinales	Náuseas*	Trastornos anorrectales, Estreñimiento, Caries dental, Dispepsia, Disfagia, Incontinencia fecal, Vómitos*	Colitis, Pólipos en el colon, Enterocolitis, Eructos, Úlcera esofágica, Periodontitis, Hemorragia rectal, Distensión de la glándula salivar
Trastornos hepatobiliares		Pruebas de función hepática anormales	Colelitiasis, Hepatomegalia

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Rash*	Equimosis, Hiperhidrosis, Prurito, Trastornos de la piel*, Urticaria	Angioedema, Dermatitis de contacto, Eritema nodular, Nódulo cutáneo
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Artralgia, Dolor de espalda*	Dolor de cuello	Artritis, Bursitis, Dolor en flancos, Atrofia muscular, Osteoartritis
Trastornos renales y urinarios		Urgencia urinaria, Polaquiuria, Retención urinaria	Hematuria, Nefrolitiasis, Trastornos del tracto urinario, Anomalías en la orina
Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales			Aborto
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			Congestión mamaria, Disfunción eréctil, Prolapso pélvico, Priapismo, Trastorno prostático, Frotis cervical anormal, Trastorno Testicular, Hemorragia vaginal, Trastorno vulvovaginal
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Astenia, Dolor torácico*, Reacciones en el Punto de Inyección* <sup>§</sup> , Dolor*	Escalofríos*, Edema facial*, Atrofia en el lugar de inyección <sup>‡</sup> , Reacción local*, Edema periférico, Edema, Pirexia	Quiste, Resaca, Hipotermia, Reacción Inmediata Post- Inyección, Inflamación, Necrosis en el lugar de inyección, Alteración de la membrana mucosa
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos			Síndrome post-vacunal

\*Con una incidencia mayor del 2% (>2/100) en el grupo tratado con Copaxone que en el grupo tratado con placebo. La reacción adversa sin el símbolo\* representa una diferencia menor o igual al 2%. <sup>§</sup>El término "reacciones en el lugar de inyección" (varios tipos) comprende todos los efectos adversos que ocurren en el lugar de inyección excluyendo atrofia en el lugar de inyección y necrosis en el lugar de inyección, que se presentan separadamente dentro de la tabla. <sup>‡</sup>Incluye términos en relación con la lipotrofia localizada en los lugares de inyección.

En el cuarto ensayo descrito anteriormente, la fase de tratamiento abierto siguió a un periodo controlado con placebo (ver sección 5.1). No se observaron cambios en el perfil de riesgo conocido de Copaxone durante el periodo de seguimiento de fase abierta de hasta 5 años. Se obtuvo la siguiente notificación de reacción adversa de pacientes con EM tratados con Copaxone en ensayos clínicos no controlados y en la experiencia post-comercialización de Copaxone: Reacciones de hipersensibilidad (incluyendo la aparición rara de anafilaxis  $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ). **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio / riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>

**4.9 Sobredosis:** Se han comunicado algunos casos de sobredosis con Copaxone (hasta 300 mg de acetato de glatiramer). Estos casos no se asociaron con ninguna otra reacción adversa aparte de las mencionadas en la sección 4.8. En caso de sobredosis, los pacientes deben ser monitorizados y debe instaurarse el tratamiento sintomático y de soporte apropiados.

**5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Grupo Farmacoterapéutico: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, Otros inmunostimulantes. Código ATC: L03AX13. El mecanismo(s) por el cual el acetato de glatiramer ejerce su acción en los pacientes con EM no está (están) completamente dilucidado. Sin embargo, se piensa que actúa modificando los procesos inmunes que en la actualidad se cree que son los responsables de la patogénesis de la EM. Esta hipótesis se basa en los hallazgos de los estudios llevados a cabo para explorar la patogénesis de la encefalomiyelitis alérgica experimental (EAE), una enfermedad inducida en varias especies animales mediante la inmunización frente a un material procedente del sistema nervioso central que contiene mielina y que frecuentemente se utiliza como modelo animal experimental de la EM. Los estudios en animales y en pacientes con EM sugieren que tras su administración, se inducen y activan perifericamente células T supresoras específicas de acetato de glatiramer. **EMRR:** Un total de 269 pacientes han sido tratados con Copaxone, en tres ensayos controlados. El primero fue un estudio de dos años que incluyó 50 pacientes (Copaxone n = 25, placebo n = 25) que fueron diagnosticados de EM remitente-recurrente con los criterios estándar de aplicación en aquel momento, y que habían tenido al menos dos ataques de disfunción neurológica (exacerbaciones) durante los dos años anteriores. El segundo estudio aplicó los mismos criterios de inclusión e incluyó 251 pacientes tratados durante 35 meses (Copaxone n = 125, placebo n = 126). El tercer estudio fue un estudio de nueve meses que incluyó 239 pacientes (Copaxone n = 119, placebo n = 120) y en el que los criterios de inclusión fueron similares a los del primer y segundo estudios con el criterio adicional de que los pacientes debían presentar al menos una lesión captante de gadolinio en la Resonancia Magnética de cribado. En los ensayos clínicos en pacientes con EM que recibieron Copaxone, se observó una reducción significativa en el número de recaídas en comparación con placebo. En el mayor estudio controlado, el porcentaje de recaídas se redujo en un 32%, de 1,98 con placebo a 1,34 con acetato de glatiramer. Se dispone de información de 103 pacientes tratados con Copaxone durante doce años. Copaxone también ha demostrado efectos beneficiosos frente a placebo sobre los parámetros de imagen por resonancia magnética relevantes en la EM remitente-recurrente. Sin embargo, Copaxone no tuvo efectos beneficiosos sobre la progresión de la discapacidad en pacientes con EM remitente-recurrente. No existe evidencia de que el tratamiento con Copaxone tenga un efecto sobre la duración o severidad de la recaída. Actualmente no existe evidencia para el uso de Copaxone en pacientes con enfermedad progresiva primaria o secundaria. **Síndrome clínico aislado sugestivo de EM:** Un estudio controlado con placebo en el que participaron 481 pacientes (Copaxone n=243, placebo n=238) se llevó a cabo en pacientes con una manifestación neurológica unifocal, aislada, bien definida y RM características altamente sugestivas de EM (al menos dos lesiones cerebrales en la RM T2-potenciadas, mayores de 6 mm de diámetro). Se debe excluir cualquier enfermedad distinta de la EM que pudiera explicar mejor los signos y síntomas que presenta el paciente. El periodo controlado con placebo fue seguido por un tratamiento abierto: Los pacientes que presentaban síntomas de EM o eran asintomáticos durante 3 años, lo que ocurriera primero, fueron asignados a un tratamiento con la sustancia activa en fase abierta por un periodo adicional de dos años, sin exceder una duración máxima total de tratamiento de 5 años. De los 243 pacientes inicialmente aleatorizados para recibir Copaxone, 198 continuaron el tratamiento con Copaxone en fase abierta. De los 238 pacientes inicialmente aleatorizados para recibir placebo, 211 cambiaron a tratamiento con Copaxone en fase abierta. Durante el periodo controlado con placebo de hasta tres años, Copaxone retrasó la progresión del primer acontecimiento clínico a esclerosis múltiple clínicamente definida (EMCD) de acuerdo con los criterios de Poser de forma estadísticamente y clínicamente significativa, correspondiendo a una reducción del riesgo del 45% (Cociente de riesgos = 0,55; IC 95 % [0,40; 0,77], valor-p=0,0005). La proporción de pacientes que pasaron a EMCD fue de 43% para el grupo placebo y de 25% para el grupo con Copaxone. El efecto favorable del tratamiento con Copaxone sobre placebo se demostró también en 2 variables secundarias para RM, en número de nuevas lesiones en T2 y el volumen de la lesión en T2. Se realizaron análisis en los subgrupos *post-hoc*, en pacientes con diferentes características basales para identificar una población con alto riesgo de desarrollar el segundo ataque. Para sujetos con una RM basal con al menos una lesión en T1 resaltada con gadolinio y 9 o más lesiones T2, la conversión a EMCD fue evidente para el 50% de los sujetos con placebo vs el 28% de los sujetos con Copaxone en 2,4 años. Para sujetos con 9 o más lesiones a nivel basal la conversión a EMCD fue más evidente para el 45% de los sujetos con placebo vs el 26% en el grupo Copaxone, en 2,4 años. No obstante, se desconoce el impacto del tratamiento temprano con Copaxone en la evolución a largo plazo de la enfermedad, incluso en estos subgrupos de alto riesgo, ya que el estudio se diseñó principalmente para evaluar el tiempo hasta el segundo brote. En cualquier caso, el tratamiento sólo debería considerarse para pacientes clasificados como de alto riesgo. El efecto mostrado en la fase controlada con placebo se mantuvo durante el periodo de seguimiento a largo plazo de hasta 5 años. El tiempo de conversión desde el primer acontecimiento clínico a EMCD se prolongó con el tratamiento temprano con Copaxone en comparación con el tratamiento tardío, lo que refleja una reducción riesgo del 41% con el tratamiento temprano vs tratamiento tardío (Cociente de riesgos = 0,59, IC 95% [0,44; 0,80], valor-p = 0,0005). La proporción de sujetos en el grupo de inicio tardío que progresó fue mayor (49,6%) en comparación con los del grupo de inicio temprano (32,9%). Un efecto consistente a favor del tratamiento temprano vs el tratamiento tardío en el tiempo fue mostrar el número anual de lesiones durante el periodo completo del estudio como nuevas lesiones T1 resaltadas con gadolinio (reducción de 54%, p < 0,0001), nuevas lesiones T2 (reducción de 42%, p < 0,0001) y nuevas lesiones T1 hipointensas (reducción de 52%, p < 0,0001). También se observó una reducción del efecto a favor del tratamiento temprano vs tratamiento tardío por el número total de nuevas lesiones T1 resaltadas con gadolinio (reducción de 46%, p = 0,001), volumen de lesión T1 resaltada con gadolinio (una media de diferencia de -0,06 ml, p < 0,001), así como el número total de nuevas lesiones T1 hipointensas (reducción de un 46%, p < 0,001) medido durante el periodo de estudio completo. No se observaron diferencias apreciables entre cohortes de inicio temprano e inicio tardío tanto por volumen de lesión T1 hipointensa como por atrofia cerebral en 5 años. Sin embargo, el análisis de la atrofia cerebral como último valor observado (ajustado a la exposición al tratamiento) mostró una reducción en favor del tratamiento temprano con AG (la diferencia media del porcentaje de cambio en el volumen del cerebro fue 0,28%, p = 0,0209).

**5.2. Propiedades farmacocinéticas:** No se han realizado estudios farmacocinéticos en pacientes. Los datos *in vitro* y los limitados datos obtenidos en voluntarios sanos indican que con la administración subcutánea de acetato de glatiramer, el principio activo, se absorbe fácilmente y una gran parte de la dosis se degrada rápidamente a fragmentos más pequeños en el tejido subcutáneo. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos preclínicos no revelan ningún riesgo especial en humanos en base a los estudios farmacológicos de seguridad, toxicidad a dosis repetida, toxicidad en la reproducción, genotoxicidad o carcinogenicidad, más allá de la información recogida en otras secciones de la Ficha Técnica. Debido a la falta de datos farmacocinéticos en humanos, no pueden establecerse los márgenes de exposición entre humanos y animales. Se detectaron depósitos de complejos inmunes en los glomérulos renales, en un pequeño número de ratas y monos tratados durante al menos 6 meses. En un estudio de dos años en ratas, no se observaron depósitos de complejos inmunes en los glomérulos renales. Se ha detectado anafilaxis después de la administración a animales sensibilizados (cobayas o ratones). No se conoce la relevancia de estos datos en humanos. La toxicidad en el lugar de la inyección fue un hallazgo común después de la administración repetida en animales. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** Manitol, Agua para Inyección. **6.2 Incompatibilidades:** En ausencia de estudios de compatibilidad este medicamento no debe mezclarse con otros. **6.3 Periodo de validez:** 2 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** Mantener las jeringas precargadas en el embalaje exterior, para protegerlas de la luz. Conservar en nevera (2°C y 8°C). No congelar. Si las jeringas precargadas no pueden conservarse en nevera, pueden ser conservadas entre 15°C y 25°C, una vez, durante un máximo de 1 mes. Si después de este periodo de un mes Copaxone 20mg/ml jeringas precargadas no ha sido utilizado y está todavía dentro de su envase original, deberá volver a conservarse en nevera (2°C y 8°C). **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Una jeringa precargada de 1 ml que contiene solución inyectable de Copaxone consta de un cuerpo de jeringa de vidrio incoloro de tipo I con aguja incorporada, un vástago del émbolo de polipropileno transparente (poliestireno opcional), un tapón del émbolo de goma y un protector de la aguja. Copaxone está disponible en envases que contienen 7, 28 ó 30 jeringas precargadas de 1 ml de solución inyectable o un multienvaso que contiene 90 (3 envases de 30) jeringas precargadas de 1 ml de solución inyectable. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Para un solo uso. Cualquier producto inutilizado o material desechado debe eliminarse. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Teva Pharmaceuticals Ltd. Ridings Point, Whistler Drive. Castleford, West Yorkshire. WF10 5HX, Reino Unido. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 65.983. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha primera autorización: marzo de 2004. Fecha revalidación: 11 septiembre 2007. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2016. **11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Uso hospitalario. Financiado por la Seguridad Social. **12. PRECIOS:** Copaxone 20 mg/ml Solución inyectable en jeringa precargada – 28 jeringas. PVPIVA: 870,65 €.