

1. LEGEMIDLETS NAVN

Paracet 60 mg stikkpiller
Paracet 125 mg stikkpiller
Paracet 250 mg stikkpiller
Paracet 500 mg stikkpiller
Paracet 1 g stikkpiller

2. KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

Hver stikkpille inneholder 60 mg paracetamol.
Hver stikkpille inneholder 125 mg paracetamol.
Hver stikkpille inneholder 250 mg paracetamol.
Hver stikkpille inneholder 500 mg paracetamol.
Hver stikkpille inneholder 1 g paracetamol.

For fullstendig liste over hjelpestoffer, se pkt. 6.1.

3. LEGEMIDDELFORM

Stikkpille
Hvite, torpedoformede stikkpiller.

4. KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjon(er)

Paracet er indisert til korttidsbehandling av feber for eksempel ved forkjølelse og influensa, milde til moderate smerter, som for eksempel hodepine, tannpine, menstruasjonssmerter, muskelsmerter og leddsmarter. Under legek kontroll forebyggende mot komplikasjoner ved høy feber, langvarige hodesmerter og muskel- og leddplager.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Dosering

Voksne og barn 40-50 kg (fra 12 år):

1-2 stikkpiller à 500 mg inntil 4 ganger i døgnet, men ikke mer enn 3000 mg i løpet av et døgn. Det bør gå minst 4-6 timer mellom hver dose.

Voksne og barn over 50 kg (fra 12 år):

1-2 stikkpiller à 500 mg eller 1 stikkpille à 1 g inntil 4 ganger i døgnet. Maksimal døgndose er 4000 mg. Det bør gå minst 4-6 timer mellom hver dose.

Hos voksne med alvorlig leversykdom, levercirrhose, kronisk underernæring eller samtidig kronisk alkoholmisbruk bør ikke 2 g paracetamol per døgn overskrides (se pkt. 4.4 og 4.5).

Pediatrisk populasjon

Til barn bør dosen beregnes individuelt ut ifra barnets vekt.

Barn under 1 måned:

Gi cirka 15 mg/kg kroppsvekt inntil 3 ganger i døgnet. Det bør gå 8 timer mellom hver dose.

Maksimal døgndose er 60 mg/kg kroppsvekt.

Som en forenkling er veiledende doser delt inn i vektklasser:

3-6 kg (under 1 måned): 1 stikkpille à 60 mg inntil 3 ganger i døgnet

Barn fra 1 måned:

Gi cirka 15 mg/kg kroppsvekt inntil 4 ganger i døgnet. Det bør gå minst 4-6 timer mellom hver dose. Maksimal døgndose er 75 mg/kg kroppsvekt.

Som en forenkling er veiledende doser delt inn i vektklasser med en omtrentlig aldersangivelse:

4-6 kg (1-5 måneder):	1 stikkpille à 60 mg inntil 4 ganger i døgnet
7-12 kg (5 måneder-2 år):	1 stikkpille à 125 mg inntil 4 ganger i døgnet
13-25 kg (2-7 år):	1 stikkpille à 250 mg inntil 4 ganger i døgnet
26-39 kg (7-12 år):	1 stikkpille à 500 mg inntil 4 ganger i døgnet

Opptak fra rektal administrasjon er variabel og ofte dårligere enn ved peroral bruk.

Man bør benytte den laveste effektive dose som er nødvendig for å oppnå effekt og med kortest mulig behandlingstid.

Administrasjonsmåte

Rektal bruk. Stikkpillene skal innføres i endetarmen.

4.3 Kontraindikasjoner

- Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene listet opp i pkt. 6.1.
- Alvorlig leverinsuffisiens.

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Ved redusert tilgang på karbohydrat og høyverdig protein er sikkerhetsmarginen for toksiske leverreaksjoner mindre enn ved normal ernæringsstilstand. Vedvarende bruk eller maksimale doser, spesielt hos pasienter med svekket ernæringsstilstand pga. alkoholmisbruk, anoreksi eller feilernæring, medfører økt risiko for leverskader.

Behandling av febertilstander hos barn bør av samme årsak helst være kortvarig.

Risiko for nyreskader ved langvarig bruk er ikke utelukket. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig lever- og nyreskade.

Tilfeller av metabolsk acidose med høyt aniongap (HAGMA) forårsaket av pyroglutamat-acidose er rapportert hos pasienter med alvorlig sykdom slik som sterk nedsatt nyrefunksjon og sepsis, eller hos pasienter med underernæring eller andre årsaker til glutationsmangel (f.eks. kronisk alkoholisme) som ble behandlet med paracetamol i terapeutisk dose for en lengre periode eller i kombinasjonen paracetamol og flukloksacillin. Dersom HAGMA forårsaket av pyroglutamat-acidose mistenkes, er umiddelbar seponering av paracetamol og nøye overvåkning anbefalt. Måling av 5-oksoprolin i urin kan være nyttig for å identifisere pyroglutamat-acidose som underliggende årsak til HAGMA hos pasienter med multiple risikofaktorer.

Hodepine

Ved langtidsbruk (> 3 mnd) av analgetika med inntak annenhver dag eller oftere, kan hodepine utvikles eller forverres. Hodepine utløst av overforbruk av analgetika bør ikke behandles med doseøkning. I slike tilfeller bør bruken av analgetika seponeres i samråd med lege.

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Følgende legemidler kan kreve dosejustering i kombinasjon med Paracet (se under for mer informasjon):

- warfarin og andre kumarinderivater
- visse antiepileptika (fenytoin, fenobarbital, karbamazepin)
- rifampicin,

- johannesurt (*Hypericum perforatum*)
- probenecid
- liksisenatid (antidiabetikum)

Farmakodynamiske interaksjon

Regelmessig bruk og vedvarende dosering, over 1,5–2 g paracetamol daglig, kan gi økning av INR hos pasienter som bruker *warfarin* og *andre kumarinderivater*. Dosejustering kan være nødvendig ved samtidig bruk av paracetamol og disse antikoagulasjonsmidlene.

Farmakokinetiske interaksjoner

Enzyminduserende legemidler, slik som *karbamazepin*, *fenytoin*, *fenobarbital* og *johannesurt* (*Hypericum perforatum*) kan øke levertoksisiteten av paracetamol. Hydantoinderivater, barbiturater og dets derivater og karbamazepin kan indusere metabolismen til paracetamol. Dette fører til nedsatt konsentrasjon av paracetamol (40 %), og økt biotransformasjon til en levertoksisk reaktiv metabolitt. Dosejustering av paracetamol er ikke nødvendig da dette kan medføre økt risiko for levertoksiske effekter.

Isoniazid, *rifampicin* og andre tuberkulosemidler og kombinasjoner av disse, kan påvirke farmakokinetikken til paracetamol med mulig potensering av levertoksisitet. Paracetamoldosen bør ikke overskride 3 gram per døgn.

Probenecid gir en nesten halvering i clearance av paracetamol ved å hemme konjugeringen med glukuronsyre. Dette betyr sannsynligvis at dosen av paracetamol kan halveres når det gis samtidig med probenecid.

Når paracetamol tas 1-4 timer etter administrasjon av *liksisenatid*, medfører det en forsinket absorpsjon av paracetamol. Pasienter bør derfor gjøres oppmerksom på at det tar lengre tid enn vanlig (inntil 2 timer) før paracetamol virker når det inntas de første timene etter administrasjon av liksisenatid.

Resiner som *kolestyramin*, *kolestipol* og *kolesevelam*, reduserer den gastrointestinale absorpsjonen av paracetamol. Generelt sett bør paracetamol inntas minst en time før eller minst fire timer etter inntak av resinet. Ved akutt behov for paracetamol kan midlet inntas selv om resinet ble tatt for mindre enn fire timer siden, men man må da være oppmerksom på at effekten av paracetamol kan bli redusert.

Etanol (langtidsbruk) induserer CYP1A2, noe som fører til økt produksjon av den levertoksiske paracetamolmetabolitten NAPQI. Det er derfor økt risiko for levertoksisitet ved stort etanolforbruk. Små til moderate engangsinntak av etanol øker imidlertid ikke nivået av den levertoksiske paracetamolmetabolitten NAPQI i faretruende grad.

Forsiktighet skal utvises når paracetamol brukes samtidig med *flukloxacillin*, da samtidig inntak har blitt forbundet med metabolsk acidose med høyt aniongap forårsaket av pyroglutamat-acidose, spesielt hos pasienter med risikofaktorer (se pkt. 4.4).

4.6 Fertilitet, graviditet og amming

Graviditet

En stor mengde data fra gravide kvinner indikerer hverken misdannelser, eller føtal/neonatal toksisitet. Epidemiologiske studier på nevral utvikling hos barn utsatt for paracetamol in utero viser ikke entydige resultater.

Hvis klinisk nødvendig kan paracetamol brukes under graviditet med lavest mulig effektiv dose i kortest mulig tid og lavest mulig frekvens.

Amming

Paracetamol skilles ut i morsmelk, og melk:plasma forholdet er 1. Det er estimert at et diende barn får i seg < 2 % av morens dose. Det er lite sannsynlig at barn som ammes påvirkes.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil og bruke maskiner

Paracet har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner.

4.8 Bivirkninger

Følgende frekvenskonvensjon er brukt for klassifisering av bivirkninger:

Svært vanlige ($\geq 1/10$)

Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$)

Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$)

Sjeldne ($\geq 1/10\,000$ til $< 1/1000$)

Svært sjeldne ($< 1/10\,000$)

Ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data)

Sykdommer i blod og lymfatiske organer	
Sjeldne:	Trombocytopeni, leukopeni og hemolytisk anemi
Forstyrrelser i immunsystemet	
Sjelden:	Hypersensitivitet overfor legemidlet
Svært sjeldne:	Anafylaksi, overfølsomhetsreaksjoner i huden som kløe, angioødem, Stevens Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse
Stoffskifte- og ernæringsbetingede sykdommer	
Ikke kjent:	Metabolsk acidose med høyt aniongap
Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum	
Svært sjeldne:	Bronkospasme hos pasienter som er overfølsomme for acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs
Sykdommer i lever og galleveier	
Sjelden:	Påvirkning av leverfunksjon
Hud -og underhudssykdommer	
Sjeldne:	Allergiske hudreaksjoner, eksantem
Ikke kjent:	Fiksert legemiddelutslett (fixed drug eruption)

Beskrivelse av utvalgte bivirkninger

Det har blitt rapportert om svært sjeldne tilfeller av alvorlige hudreaksjoner. Leverpåvirkning ved bruk av paracetamol har oppstått ved alkoholmisbruk.

Metabolsk acidose med høyt aniongap

Tilfeller av metabolsk acidose med høyt aniongap forårsaket av pyroglutamat-acidose er observert hos pasienter med risikofaktorer og som bruker paracetamol (se avsnitt 4.4). Pyroglutamat-acidose kan forekomme som en konsekvens av lave glutatation-nivåer hos disse pasientene.

Melding av mistenkte bivirkninger

Melding av mistenkte bivirkninger etter godkjenning av legemidlet er viktig. Det gjør det mulig å overvåke forholdet mellom nytte og risiko for legemidlet kontinuerlig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning. Dette gjøres via meldeskjema som finnes på nettsiden til Direktoratet for medisinske produkter: www.dmp.no/meldeskjema.

4.9 Overdosering

Symptomer

Akutt massiv overdosering av paracetamol kan gi leverskade. Symptomer på overdosering første døgn er få. Anoreksi, kvalme og oppkast kan forekomme. Innen 1,5 døgn starter vanligvis tegn på leverskade som smerter i øvre mageregion, økning i ALAT/ASAT, INR og bilirubin. Innen 3-4 døgn skjer utvikling av maksimal levertoksisitet: leverencefalopati, koagulasjonsforstyrrelser og hypoglykemi. Akutt nyresvikt kan forekomme.

Toksisitet

Den viktigste risikofaktoren er overdosering over tid (for eksempel flere påfølgende dager). Gjentatte overdoseringer nedsetter motstandsdyktigheten ved at nivået av glutathion (i aktiv, redusert form) kan være lavere enn normalt. Avklar derfor alltid først om dette er ett enkeltinntak eller gjentatte inntak. Terapeutisk bruk av paracetamol i dagene før en mulig overdose er også relevant, og det skal normalt inkluderes når toksisk dose regnes ut. Alle eksponeringer over den toksiske dosen skal til sykehus.

Toksisk dose voksne og barn > 3 mnd: 100–170 mg/kg per døgn, avhengig av alder og tidsrommet inntaket strekker seg over.

Barn < 3 mnd: ved enhver mistanke om overdose bør Giftinformasjonen alltid kontaktes. Premature og spedbarn under 3 måneder antas å ha økt risiko for toksisitet.

Behandling

Vurder ventrikkeltømming og behandling med kull. N-acetylcystein gis så snart som mulig etter sannsynlig inntak av toksisk dose, men behandlingen kan startes når som helst i forgiftningsforløpet, også etter at pasienten har utviklet leverencefalopati. Levertransplantasjon kan være aktuelt. Kontakt Giftinformasjonen ved behov.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Analgetika, andre analgetika og antipyretika, ATC-kode: N02B E01

Farmakodynamiske effekter

Paracetamol har sentral og perifer analgetisk effekt. Paracetamol har antipyretisk effekt over varmereguleringssenteret i hypothalamus. Paracetamol påvirker ikke hemostasen og irriterer ikke gastrointestinalslimhinnen.

Paracetamol forbruker glutathion som beskytter mot skadelig effekt av paracetamols reaktive metabolitt. Lavt glutathioninnhold i utsatte vev disponerer for organskade.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Absorpsjon

Paracetamol absorberes nesten fullstendig ved rektal administrering. Absorpsjonshastigheten er noe langsommere enn ved oral administrering. Terapeutisk serumkonsentrasjon oppnås etter ca. 1-1,5 time.

Distribusjon

Paracetamol distribueres raskt og fordeles til de fleste vev. Distribusjonsvolumet er ca. 1 liter/kg. Proteinbinding regnes som ubetydelig.

Biotransformasjon

Paracetamol metaboliseres hovedsakelig til glukuronider og sulfatkonjugater i lever. En mindre fraksjon konverteres av en cytokrom P450-avhengig oksidase til en svært reaktiv metabolitt. Denne metabolitten inaktiveres raskt ved konjugering med redusert glutation og utskilles i urinen som acetylcystein og merkaptursyre konjugater.

Eliminasjon

Halveringstid for paracetamol er 2-3 timer. Halveringstiden kan forlenges ved toksiske doser eller hos pasienter med leverskade.

Paracetamol elimineres via nyrene hovedsakelig som glukuronider med små mengder sulfater og merkaptat og uforandret legemiddel. Ca. 85 % av en paracetamoldose kan gjenfinnes i urinen som fritt og konjugert paracetamol innen 24 timer etter inntak.

Pasientfaktorer

En serumkonsentrasjon på 5-20 mikrog/ml paracetamol vil gi smertestillende og febernedsettende effekt. En normaldose paracetamol vil ha effekt i 4-6 timer.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Konvensjonelle studier utført i henhold til dagens standarder for vurdering av reproduksjons- og utviklingstoksitet er ikke tilgjengelige.

Både uomdannet paracetamol og aktive metabolitter kan bindes til DNA og forårsake DNA-skader. Studier fra celler i kultur, forsøksdyr og isolerte humane lymfocytter har vist at paracetamol kan øke forekomsten av kromosomskader. Studier på lymfocytter fra friske frivillige forsøkspersoner etter inntak av terapeutiske doser har gitt motstridende resultater. Studienes design er av en slik art at man foreløpig ikke kan trekke sikre konklusjoner. Epidemiologiske studier har undersøkt sammenhengen mellom bruk av paracetamol og utvikling av kreft. Det er i dag ingen sikre holdepunkter for at paracetamol er karsinogent hos mennesker.

6. FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Hjelpetoffer

Hardfett

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant

6.3 Holdbarhet

5 år

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Oppbevares ved høyst 25 °C.

6.5 Emballasje (type og innhold)

Paracet stikkpiller er pakket i torpedoformede plastbeholdere.

Pakningsstørrelser:

60 mg, 125 mg, 250 mg, 500 mg og 1 g: 10 stikkpiller

500 mg og 1 g: 50 stikkpiller

Ikke alle pakningsstørrelser vil nødvendigvis bli markedsført.

6.6 Spesielle forholdsregler for destruksjon

Ingen spesielle forholdsregler for destruksjon.

Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

7. INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Karo Pharma AS
Østensjøveien 27
Postboks 6733, Etterstad
0609 Oslo
Norge

8. MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

Paracet 60 mg stikkpiller: 0000-07753
Paracet 125 mg stikkpiller: 0000-07457
Paracet 250 mg stikkpiller: 0000-06940
Paracet 500 mg stikkpiller: 0000-06640
Paracet 1 g stikkpiller: 0000-07511

9. DATO FOR FØRSTE MARKEDSFØRINGSTILLATELSE/SISTE FORNYELSE

Paracet stikkpiller 60 mg
Dato for første markedsføringstillatelse: 10.06.1992
Dato for siste fornyelse: 10.06.2007

Paracet stikkpiller 125 mg
Dato for første markedsføringstillatelse: 11.09.1989
Dato for siste fornyelse: 28.06.2004

Paracet stikkpiller 250 mg
Dato for første markedsføringstillatelse: 28.06.1984
Dato for siste fornyelse: 28.06.2004

Paracet stikkpiller 500 mg
Dato for første markedsføringstillatelse: 03.08.1981
Dato for siste fornyelse: 03.08.2006

Paracet stikkpiller 1 g
Dato for første markedsføringstillatelse: 22.02.1990
Dato for siste fornyelse: 28.06.2004

10. OPPDATERINGSDATO

24.06.2025