Indications thérapeutiques Indications thérapeutiques

Vous trouverez les indications thérapeutiques de ce médicament dans le paragraphe 4.1 du RCP ou dans le paragraphe 1 de la notice. Ces documents sont disponibles en cliquant ici

Groupe(s) générique(s)

Ce médicament appartient au(x) groupe(s) générique(s) suivants :

- ARIPIPRAZOLE 1 mg pour 1 mL - ABILIFY 1 mg/ml, solution buvableOuvrir la page de détail sur ce groupe générique

Composition en substances actives

Solution (Composition pour 1 ml)
> aripiprazole 1 mg

Présentations

> 1 flacon(s) polytéréphtalate (PET) de 150 ml avec fermeture de sécurité enfant avec dispositif(s) doseur(s) polypropylène

Code CIP : 373 297-9 ou 34009 373 297 9 8
Déclaration de commercialisation : 13/10/2016
Cette présentation est agréée aux collectivités

En pharmacie de ville :

- Prix hors honoraire de dispensation : 35,37 €
- Honoraire de dispensation : 1,02 €
- Prix honoraire compris : 36,39 €
- Taux de remboursement :65%

Aller au glossaire

Service médical rendu

Cliquez ici pour accéder au glossaire sur le SMR

Les libellés affichés ci-dessous ne sont que des résumés ou extraits issus des avis rendus par la Commission de la Transparence. Seul l'avis complet de la Commission de la Transparence fait

référence.

Cet avis est consultable à partir du lien `Avis du jj/mm/aaaa` ou encore sur demande auprès de la HAS . Les avis et synthèses d'avis contiennent un paragraphe sur la place du médicament dans la stratégie thérapeutique.
Redirection à la page d'aide

Valeur du SMR	Avis	Motif de l'évaluation	Résumé de l'avis
Important	Avis du 20/07/2022Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 20/07/2022 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Réévaluation ASMR	Le service médical rendu par ABILIFY MAINTENA (aripiprazole) est important dans l’indication de l’AMM.

Valeur du SMR	Avis	Motif de l'évaluation	Résumé de l'avis
Important	Avis du 20/05/2015Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 20/05/2015 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Renouvellement d'inscription (CT)	Le service médical rendu par ABILIFY reste important dans : • le traitement de la schizophrénie chez l'adulte. • le traitement de la schizophrénie chez l'adolescent de 15 ans et plus. • le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I et dans la prévention de récidives d'épisodes maniaques chez l'adulte ayant présenté des épisodes à prédominance maniaques et pour qui les épisodes maniaques ont répondu à un traitement par aripiprazole. • le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I chez l'adolescent âgé de 13 ans ou plus pour une durée allant jusqu'à 12 semaines. Le service médical rendu par ABILIFY MAINTENA reste important dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés sous aripiprazole oral.

Amélioration du service médical rendu Cliquez ici pour accéder au glossaire sur l'ASMR

Les libellés affichés ci-dessous ne sont que des résumés ou extraits issus des avis rendus par la Commission de la Transparence. Seul l'avis complet de la Commission de la Transparence fait référence.

Cet avis est consultable à partir du lien `Avis du jj/mm/aaaa` ou encore sur demande auprés de la HAS . Les avis et synthéses d'avis contiennent un paragraphe sur la place du médicament dans la stratégie thérapeutique.

Valeur de l'ASMR	Avis	Motif de l'évaluation	Résumé de l'avis

IV (Mineur)	Avis du 20/07/2022Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 20/07/2022 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Réévaluation ASMR	ABILIFY MAINTENA (aripiprazole), dans le cadre de la stratégie qui consiste à stabiliser le patient par la même molécule orale au préalable, apporte une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) par rapport au palmitate de palipéridone en injection mensuelle (XEPLION) dans la stratégie de traitement d'entretien de la schizophrénie chez des patients ayant été initialement stabilisés sous antipsychotiques oraux dans le respect de leurs AMM respectives.
IV (Mineur)	Avis du 20/05/2015Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 20/05/2015 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Renouvellement d'inscription (CT)	ABILIFY apporte une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) dans la prise en charge thérapeutique des patients schizophrènes adolescents âgés de 15 ans et plus (cf. paragraphes 6.1.2 et 9.1.2).
IV (Mineur)	Avis du 06/11/2013Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 06/11/2013 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Extension d'indication	ABILIFY apporte une Amélioration du Service Médical Rendu mineure (niveau IV) dans la prise en charge des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I chez l'adolescent âgé de 13 ans ou plus.
V (Inexistant)	Avis du 21/07/2010Lien vers l'avis complet de la commission de la transparence du 21/07/2010 - nouvelle fenêtre vers le site de la HAS	Extension d'indication	Compte tenu de l'absence de comparaison versus comparateur actif et de la durée insuffisante d'évaluation, ABILIFY n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu dans la prise en charge de la schizophrénie chez l'adolescent dans l'attente de données contrôlées sur une période de traitement d'au moins 6 mois.

Autres informations

- Titulaire de l'autorisation : OTSUKA PHARMACEUTICAL NETHERLANDS B.V.
- Conditions de prescription et de délivrance :
    - liste IAller au glossaire
- Statut de l'autorisation : Valide
- Type de procédure : Procédure centralisée
- Code CIS : 6 405 598 8