

Rx

MIBEFEN NT 145

Viên nén bao phim

Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc.
 Không dùng thuốc quá liều chỉ định.
 Không dùng thuốc quá hạn dùng ghi trên bao bì.
 Để xa tầm tay trẻ em.
 Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.
 Thông báo ngay cho bác sỹ hoặc dược sỹ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.
 Nếu cần thêm thông tin xin hỏi ý kiến bác sỹ.

THÀNH PHẦN

- **Dược chất:** Fenofibrat 145 mg, hạt nano (nanoparticles).
- **Tá dược:** Natri docusat, simethicon nhũ tương 30%, lactose monohydrat, crospovidon, natri croscarmellose, natri lauryl sulfat, cellulose vi tinh thể 101, silic dioxyd keo khan, magnesi stearat, HPMC 615, HPMC 606, PEG 6000, tween 80, titan dioxyd, talc.

MÔ TẢ SẢN PHẨM

Viên nén hình oval, bao phim màu trắng, hai mặt lõm, cạnh và thành viên lành lặn.

CHỈ ĐỊNH

MIBEFEN NT 145 được chỉ định như một biện pháp hỗ trợ cho chế độ ăn kiêng và các biện pháp không dùng thuốc khác (như tập thể dục, giảm cân) trong các trường hợp sau:

- Điều trị tăng triglycerid huyết nặng kèm hoặc không kèm theo nồng độ HDL-cholesterol thấp.
- Điều trị tăng lipid huyết hỗn hợp khi chống chỉ định hoặc không dung nạp với nhóm statin.
- Điều trị tăng lipid huyết hỗn hợp ở bệnh nhân có nguy cơ bệnh tim mạch cao, kết hợp với một statin, khi nồng độ triglycerid và HDL-cholesterol không được kiểm soát đầy đủ.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG

Liều lượng

Chế độ ăn kiêng được bắt đầu trước khi điều trị nên tiếp tục duy trì. Theo dõi đáp ứng điều trị bằng cách xác định nồng độ lipid trong huyết thanh. Nếu sau vài tháng (khoảng 3 tháng) vẫn chưa được đáp ứng đầy đủ, cần xem xét các biện pháp điều trị bổ sung hoặc biện pháp điều trị khác.

- **Người lớn:** Liều khuyến cáo 145 mg/lần/ngày. Bệnh nhân đang sử dụng viên nang fenofibrat 200 mg (vi hạt) hoặc viên nén bao phim fenofibrat 160 mg có thể chuyển sang điều trị bằng viên nén bao phim MIBEFEN NT 145 1 viên/ngày mà không cần chỉnh liều.
- **Liều lượng ở một số đối tượng lâm sàng đặc biệt**
- **Trẻ em:** Tính an toàn và hiệu quả của fenofibrat ở trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi chưa được thiết lập. Không có dữ liệu sẵn có. Do đó không khuyến cáo sử dụng cho trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi.
- **Bệnh nhân suy thận:** Không sử dụng MIBEFEN NT 145 cho bệnh nhân suy thận nặng (mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) < 30 ml/phút/1,73 m²). Nếu eGFR từ 30–59 ml/phút/1,73 m², khuyến cáo sử dụng các dạng viên có hàm lượng thấp (100 mg fenofibrat tiêu chuẩn hoặc 67 mg fenofibrat dạng vi hạt/lần/ngày). Nếu trong thời gian điều trị, eGFR giảm liên tục dưới 30 ml/phút/1,73 m², nên ngưng điều trị với fenofibrat.
- **Bệnh nhân suy gan:** Do thiếu dữ liệu nên không khuyến cáo sử dụng fenofibrat cho bệnh nhân suy gan.
- **Bệnh nhân cao tuổi (≥ 65 tuổi):** Không cần điều chỉnh liều. Khuyến cáo dùng liều thông thường, trừ trường hợp chức năng thận suy giảm với eGFR < 60 ml/phút/1,73 m².

Cách dùng

- Uống thuốc vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày, trong bữa ăn hoặc ngoài bữa ăn. Nên nuốt cả viên với một cốc nước.
- Bệnh nhân không được tự ý ngưng thuốc nếu không có chỉ định của bác sỹ hoặc nếu cảm thấy không cải thiện bệnh sau khi đã dùng thuốc, do bất thường nồng độ lipid trong máu cần thời gian điều trị lâu dài.
- Nếu bệnh nhân quên dùng một liều thuốc, uống liều tiếp theo vào thời gian thường dùng. Không dùng gấp đôi liều để bù cho liều đã quên.
- Không có yêu cầu đặc biệt về xử lý thuốc sau khi sử dụng. Không nên vứt bỏ thuốc vào nước thải hay rác sinh hoạt. Hỏi ý kiến dược sỹ cách bỏ thuốc không sử dụng nữa. Những biện pháp này sẽ giúp bảo vệ môi trường.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn với fenofibrat hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Suy gan (kể cả xơ gan tắc mật và bất thường chức năng gan trong thời gian dài mà không xác định được nguyên nhân).
- Suy thận nặng (eGFR < 30 ml/phút/1,73 m²).
- Bệnh ở túi mật.

- Tiền sử có phản ứng mẫn cảm với ánh sáng hoặc nhiễm độc ánh sáng trong thời gian điều trị bằng các fibrat hoặc ketoprofen.
- Viêm tụy cấp tính hoặc mạn tính, trừ trường hợp viêm tụy cấp tính do tăng triglycerid huyết nghiêm trọng.
- Không nên dùng MIBEFEN NT 145 cho bệnh nhân dị ứng với lạc hoặc đậu lạc, lecithin của đậu nành hoặc bất kỳ các chế phẩm liên quan khác do nguy cơ phản ứng quá mẫn.

THẬN TRỌNG VÀ CẢNH BÁO

- **Nguyên nhân thứ phát tăng lipid huyết:** Trước khi xem xét điều trị với fenofibrat, nguyên nhân thứ phát gây tăng lipid huyết như đái tháo đường tuýp 2 không kiểm soát, suy giáp, hội chứng thận hư, rối loạn protein huyết, bệnh gan tắc nghẽn đang điều trị hoặc nghiện rượu nên được điều trị đầy đủ. Tăng cholesterol huyết thứ phát có thể gặp phải sau khi dùng thuốc lợi tiểu, thuốc chẹn beta, estrogen, progestin, thuốc tránh thai đường uống kết hợp, thuốc ức chế miễn dịch và thuốc ức chế protease. Trong những trường hợp này, cần xác định tăng lipid huyết là nguyên phát hay thứ phát (các thuốc này có thể làm tăng nồng độ lipid).
- **Chức năng gan:** Giống như các thuốc hạ lipid khác, tăng nồng độ transaminase đã được quan sát thấy ở một số bệnh nhân, hầu hết các trường hợp chỉ tăng thoáng qua, ít và không có triệu chứng. Khuyến cáo theo dõi nồng độ transaminase mỗi 3 tháng trong 12 tháng đầu điều trị và định kỳ sau đó. Cần lưu ý đặc biệt những bệnh nhân tăng nồng độ transaminase tiên triển và ngừng điều trị nếu nồng độ AST và ALT tăng cao hơn 3 lần giới hạn trên của mức bình thường. Khi xuất hiện các triệu chứng của viêm gan (vàng da, ngứa) và chẩn đoán được xác định thông qua các xét nghiệm, nên ngưng điều trị với fenofibrat.
- **Viêm tụy:** Đã được báo cáo ở những bệnh nhân dùng fenofibrat, có thể liên quan đến thất bại điều trị ở bệnh nhân tăng triglycerid huyết nghiêm trọng, hoặc là tác dụng trực tiếp của thuốc hoặc hiện tượng thứ phát qua việc hình thành sỏi/ cặn lắng trong đường mật do tắc nghẽn ống mật thông thường.
- **Cơ:** Ngộ độc cơ, bao gồm các trường hợp hiếm gặp như tiêu cơ vân kèm hoặc không kèm theo suy thận đã được báo cáo khi dùng các fibrat và các thuốc hạ lipid khác. Tỷ lệ này tăng lên trong trường hợp hạ albumin huyết và suy giảm chức năng thận trước đó. Bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh về cơ và/ hoặc tiêu cơ vân, bao gồm người cao tuổi (> 70 tuổi), tiền sử bản thân hoặc gia đình bị tổn thương cơ di truyền, suy thận, suy tuyến giáp hoặc uống nhiều rượu, có nguy cơ cao hơn mắc tiêu cơ vân. Ở những đối tượng này, nên được đánh giá cẩn thận giữa lợi ích và nguy cơ của việc điều trị với fenofibrat. Ngộ độc cơ nên được nghi ngờ ở những bệnh nhân có biểu hiện đau cơ lan tỏa, viêm cơ, chuột rút và yếu cơ, và/ hoặc tăng nồng độ CPK đáng kể (> 5 lần giới hạn trên của mức bình thường). Trong những trường hợp này nên ngưng sử dụng fenofibrat. Nguy cơ ngộ độc cơ có thể tăng khi dùng phối hợp với các thuốc nhóm fibrat khác hoặc thuốc ức chế HMG-CoA reductase, đặc biệt trong trường hợp có tiền sử bệnh cơ. Do đó, việc phối hợp thuốc nên dành riêng cho các bệnh nhân bị rối loạn lipid huyết hỗn hợp nghiêm trọng và nguy cơ tim mạch cao mà không có tiền sử bệnh cơ. Sử dụng thận trọng và theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu của ngộ độc cơ.
- **Suy thận:** MIBEFEN NT 145 chống chỉ định cho bệnh nhân suy thận nặng (xem phần "Chống chỉ định"). Thận trọng khi dùng cho bệnh nhân suy thận nhẹ đến vừa. Liều dùng nên được điều chỉnh ở bệnh nhân có eGFR từ 30 – 59 ml/phút/1,73 m². Tăng creatinin huyết thanh có hồi phục đã được báo cáo ở bệnh nhân đơn trị liệu với fenofibrat hoặc phối hợp với các statin. Tăng creatinin huyết thanh thường ổn định theo thời gian và có xu hướng trở về mức bình thường khi ngưng điều trị, không có bằng chứng cho thấy creatinin huyết thanh tiếp tục tăng khi điều trị dài hạn. Trong các thử nghiệm lâm sàng, 10% bệnh nhân dùng phối hợp fenofibrat và simvastatin so với 4,4% bệnh nhân dùng simvastatin đơn độc có mức tăng creatinin > 30 μmol/L so với mức cơ bản. 0,3% bệnh nhân đang điều trị phối hợp có tăng creatinin > 200 μmol/L có ý nghĩa về mặt lâm sàng. Nên ngưng điều trị nếu nồng độ creatinin cao hơn 50% giới hạn trên mức bình thường. Khuyến cáo theo dõi nồng độ creatinin trong 3 tháng đầu sau khi bắt đầu điều trị và định kỳ sau đó.
- **Chế phẩm có chứa lactose:** Những bệnh nhân có vấn đề di truyền hiếm gặp về không dung nạp galactose, thiếu hụt Lapp lactase hoặc kém hấp thu glucose – galactose không nên dùng thuốc này.

SỬ DỤNG CHO PHỤ NỮ MANG THAI VÀ CHO CON BÚ

Phụ nữ mang thai

Không có dữ liệu sẵn có về việc sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai. Nghiên cứu trên động vật không thấy tác dụng gây quái thai. Tác dụng gây độc cho phôi thai đã được quan sát thấy ở các liều tương đương với liều gây độc tính cho người mẹ. Nguy cơ tiềm ẩn trên người chưa rõ. Do đó, chỉ dùng fenofibrat trong thời kỳ mang thai sau khi đánh giá cẩn thận lợi ích và nguy cơ.

Phụ nữ cho con bú

Không rõ fenofibrat và các chất chuyển hóa có bài tiết vào sữa người hay không. Nguy cơ đối với trẻ bú mẹ không thể loại trừ. Vì vậy, không nên dùng fenofibrat trong thời kỳ cho con bú.

ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC ĐỐI VỚI CÔNG VIỆC

Fenofibrat không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng không đáng kể đến khả năng lái xe

và vận hành máy móc.

TƯƠNG TÁC, TƯƠNG KỶ CỦA THUỐC

Tương tác của thuốc

- **Thuốc chống đông máu, đường uống (warfarin):** Fenofibrat làm tăng tác dụng của thuốc chống đông đường uống và có thể tăng nguy cơ chảy máu (kéo dài thời gian PT/INR). Khuyến cáo nên giảm liều thuốc chống đông đường uống (khoảng 1/3 liều bắt đầu điều trị và điều chỉnh liều từ từ nếu cần thiết dựa vào việc theo dõi INR).
- **Nhựa gắn acid mật (cholestyramin, colestipol):** Giảm hấp thu fenofibrat (uống cách ít nhất 1 giờ trước hoặc 4 – 6 giờ sau khi dùng nhựa gắn acid mật).
- **Cyclosporin:** Các trường hợp suy thận nặng nhưng có thể hồi phục đã được báo cáo khi sử dụng đồng thời fenofibrat và cyclosporin. Nên giám sát chặt chẽ chức năng thận và ngưng điều trị với fenofibrat trong trường hợp các chỉ số xét nghiệm thay đổi đáng kể.
- **Các chất ức chế HMG-CoA reductase (statin) hoặc các fibrat khác:** Tăng nguy cơ ngộ độc cơ nghiêm trọng nếu sử dụng phối hợp với fenofibrat. Thận trọng khi phối hợp và theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu của nhiễm độc cơ.
- **Glitazon:** Một vài trường hợp giảm thuận nghịch có hồi phục HDL-cholesterol đã được báo cáo khi sử dụng phối hợp fenofibrat với glitazon. Do đó, khuyến cáo theo dõi nồng độ HDL-cholesterol khi phối hợp thuốc và ngưng một trong hai thuốc nếu nồng độ HDL-cholesterol quá thấp.
- **Enzym cytochrom P450:** Các nghiên cứu *in vitro* trên microsom gan cho thấy fenofibrat và acid fenofibric không ức chế CYP3A4, CYP2D6, CYP2E1 hoặc CYP1A2; ức chế yếu CYP2C19 và CYP2A6; ức chế nhẹ đến vừa CYP2C9 ở nồng độ điều trị. Bệnh nhân sử dụng phối hợp fenofibrat với các thuốc chuyển hóa qua CYP2C19, CYP2A6 và đặc biệt là CYP2C9 với chỉ số điều trị hẹp nên được giám sát cẩn thận và khuyến cáo điều chỉnh liều nếu cần.

Tương kỵ của thuốc

Không áp dụng.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

- Các tác dụng không mong muốn của thuốc được phân nhóm theo tần suất: rất thường gặp ($ADR \geq 1/10$), thường gặp ($1/100 \leq ADR < 1/10$), ít gặp ($1/1.000 \leq ADR < 1/100$), hiếm gặp ($1/10.000 \leq ADR < 1/1.000$), rất hiếm gặp ($ADR < 1/10.000$) và không rõ tần suất (tần suất không ước tính được từ dữ liệu sẵn có).
- **Máu và hệ bạch huyết:** Giảm hemoglobin, giảm bạch cầu (hiếm gặp).
 - **Hệ miễn dịch:** Quá mẫn (hiếm gặp).
 - **Hệ thần kinh:** Đau đầu (ít gặp).
 - **Mạch:** Thuyên tắc huyết khối (thuyên tắc phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu) (ít gặp).
 - **Hô hấp, ngực, trung thất:** Bệnh phổi mô kẽ (không rõ tần suất).
 - **Tiêu hóa:** Dấu hiệu và triệu chứng rối loạn tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đầy hơi) (thường gặp). Viêm tụy (ít gặp).
 - **Gan – mật:** Tăng transaminase (thường gặp). Sỏi mật (ít gặp). Viêm gan (hiếm gặp). Vàng da, biến chứng sỏi mật (viêm túi mật, viêm đường mật, cơn đau sỏi mật) (không rõ tần suất).
 - **Da và mô dưới da:** Quá mẫn trên da (phát ban, ngứa, mày đay) (ít gặp). Rụng tóc, phản ứng nhạy cảm ánh sáng (hiếm gặp). Phản ứng trên da nghiêm trọng (hồng ban đa dạng, hội chứng Stevens – Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc) (không rõ tần suất).
 - **Cơ, xương và mô liên kết:** Rối loạn cơ (đau cơ, viêm cơ, co thắt và yếu cơ) (ít gặp). Tiêu cơ vân (không rõ tần suất).
 - **Hệ sinh sản, vú:** Rối loạn chức năng tình dục (ít gặp).
 - **Rối loạn chung:** Mệt mỏi (không rõ tần suất).
 - **Xét nghiệm:** Tăng creatinin (ít gặp). Tăng ure huyết (hiếm gặp).
- Ngưng thuốc và liên hệ với bác sỹ ngay lập tức nếu gặp phải bất kỳ tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào sau đây, bệnh nhân có thể cần điều trị y tế khẩn cấp:** Chuột rút hoặc đau cơ, mềm cơ hoặc yếu cơ (có thể là các dấu hiệu của viêm cơ hoặc hủy hoại cơ, có thể gây tổn thương thận hoặc thậm chí tử vong); đau bụng (có thể là dấu hiệu của viêm tụy); đau ngực và cảm giác khó thở (có thể là các dấu hiệu của nghẽn mạch phổi); đau, đỏ hoặc sưng hai chân (có thể là các dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch sâu). Phản ứng dị ứng (các dấu hiệu có thể bao gồm sưng mắt, môi, lưỡi hoặc cổ họng, có thể gây khó thở); vàng da và vàng mắt (bệnh vàng da), hoặc tăng enzym gan (có thể là các dấu hiệu của viêm gan). Ban da nghiêm trọng (đỏ, tróc vảy, sưng, nhìn như bị bóng nặng); các bệnh lý về phổi kéo dài.

QUÁ LIỀU VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Triệu chứng

Chỉ có các trường hợp riêng lẻ quá liều fenofibrat được báo cáo. Hầu hết các trường hợp, không có triệu chứng quá liều được báo cáo.

Cách xử trí

Không có thuốc giải độc đặc hiệu. Nếu nghi ngờ quá liều, nên điều trị triệu chứng và thực hiện các biện pháp hỗ trợ trong các trường hợp quá liều. Thẩm tách máu không có tác dụng loại bỏ thuốc khỏi cơ thể.

ĐƯỢC LỰC HỌC

Phân loại dược lý: Thuốc hạ lipid huyết (nhóm fibrat).

Mã ATC: C10AB05.

- Fenofibrat là một dẫn chất của acid fibric có tác dụng hạ lipid huyết ở người. Fenofibrat tác động gián tiếp thông qua việc kích hoạt thụ thể tăng sinh peroxisom tuýp alpha (PPAR α), làm tăng quá trình phân hủy lipid và đào thải các tiểu phân giàu triglycerid có khả năng gây xơ vữa trong huyết tương bằng cách hoạt hóa lipoprotein lipase và giảm quá trình tổng hợp apoprotein C-III. Kích hoạt PPAR α cũng có thể làm tăng tổng hợp các apoprotein A-I và A-II.
- Các tác dụng này của fenofibrat trên lipoprotein dẫn tới làm giảm tỷ lệ VLDL và LDL chứa apoprotein B và tăng tỷ lệ HDL chứa apoprotein A-I và A-II. Ngoài ra, bằng cách điều chỉnh quá trình tổng hợp và dị hóa VLDL, fenofibrat làm tăng thanh thải LDL và giảm nồng độ LDL. Nồng độ LDL thường tăng ở bệnh nhân có nguy cơ bệnh mạch vành.
- Trong các nghiên cứu lâm sàng, fenofibrat làm giảm nồng độ cholesterol toàn phần 20 – 25%, giảm triglycerid 40 – 55% và tăng nồng độ HDL-cholesterol 10 – 30%. Bệnh nhân tăng cholesterol huyết có nồng độ LDL-cholesterol đã được giảm 20 – 35%, tác dụng toàn bộ trên cholesterol làm giảm tỷ lệ cholesterol toàn phần/HDL-cholesterol, LDL-cholesterol/HDL-cholesterol hoặc Apo B/Apo A-I (là những dấu hiệu của xơ vữa động mạch).
- Fenofibrat cho thấy làm giảm biến cố mạch vành, tuy nhiên không làm giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong ngăn ngừa bệnh tim mạch nguyên phát và thứ phát.
- Ngưng đọng cholesterol ngoài mạch (gân và u vàng thể cù) có thể giảm rõ rệt hoặc thậm chí được loại bỏ hoàn toàn khi điều trị với fenofibrat.
- Bệnh nhân có nồng độ fibrinogen cao được điều trị bằng fenofibrat cho thấy thông số này giảm đáng kể cũng như với những người có nồng độ Lp(a) cao. Các chất biểu hiện của viêm như CRP giảm khi điều trị bằng fenofibrat.
- Fenofibrat làm tăng đào thải acid uric qua nước tiểu làm giảm nồng độ acid uric khoảng 25%, có lợi ích hơn cho những bệnh nhân rối loạn lipid huyết kèm tăng uric huyết.
- Fenofibrat được chứng minh có tác dụng chống kết tập tiểu cầu ở động vật và ở một nghiên cứu lâm sàng (làm giảm tiểu cầu do ADP, acid arachidonic và epinephrin).

ĐƯỢC ĐỘNG HỌC

MIBEFEN NT 145 là dạng viên nén bao phim chứa 145 mg fenofibrat hạt nano (nanoparticles).

- **Hấp thu:** Fenofibrat được hấp thu tốt ở đường tiêu hóa. Nồng độ tối đa trong huyết tương (C_{max}) đạt được 2 – 4 giờ sau khi uống thuốc. Nồng độ thuốc trong huyết tương ổn định khi điều trị liên tục ở mọi cá thể. Nồng độ đỉnh trong huyết tương và độ phơi nhiễm toàn bộ của công thức hạt nano không phụ thuộc vào bữa ăn. Vì vậy, có thể uống thuốc không phụ thuộc vào bữa ăn.
- **Phân bố:** Khoảng 99% fenofibrat trong máu liên kết với albumin huyết tương.
- **Chuyển hóa:** Sau khi uống, fenofibrat nhanh chóng bị thủy phân bởi esterase thành các chất chuyển hóa có hoạt tính là acid fenofibric, chủ yếu là liên hợp với acid glucuronic. Fenofibrat không chuyển hóa qua microsom gan. Không tìm thấy dạng chưa chuyển hóa trong huyết tương. Fenofibrat không phải là cơ chất của CYP3A4.
- **Thải trừ:** Fenofibrat được thải trừ qua nước tiểu (60%) ở dạng các chất chuyển hóa và phân (khoảng 25%), tất cả thuốc được đào thải trong vòng 6 ngày. Fenofibrat được đào thải chủ yếu dưới dạng acid fenofibric và dạng liên hợp glucuronid. Thời gian bán thải của acid fenofibric trong huyết tương khoảng 20 giờ. Ở bệnh nhân cao tuổi, tổng thanh thải huyết tương biểu kiến không thay đổi. Nghiên cứu về động học sau khi cho uống liều đơn và điều trị liên tục cho thấy thuốc không tích lũy. Fenofibrat không được loại bỏ bằng thẩm phân máu.

QUY CÁCH ĐÓNG GÓI

Hộp 03 vỉ x 10 viên nén bao phim. Vỉ bấm Al – PVC trong.

Hộp 10 vỉ x 10 viên nén bao phim. Vỉ bấm Al – PVC trong.

BẢO QUẢN

Nơi khô, dưới 30°C. Tránh ánh sáng.

HẠN DÙNG

36 tháng (kể từ ngày sản xuất).

TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG

Được điển Mỹ USP.



Cơ sở sản xuất

CÔNG TY TNHH LIÊN DOANH HASAN - DERMAPHARM

Lô B, Đường số 2, KCN Đồng An, Bình Dương, Việt Nam