

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR**

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

## **CLORPROMAZINA**

Uso para tratamento de esquizofrenia, distúrbios psicóticos, soluços incoercíveis, náusea, vômito, porfiria aguda intermitente, doença de Huntington, tétano (associado com barbitúricos).

### **Informações gerais**

**Apresentação:** 25 e 100 mg – Comprimido revestido

**Dose diária máxima:**

- Crianças: Até 5 anos: 40mg. Acima de 5 anos: 75 mg.
- Adultos: 1600 mg.

**Observações:**

Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

Classificação do medicamento: antipsicótico

Orientações para administração do medicamento: O medicamento pode ser utilizado com alimentos a fim de minimizar irritações gástricas.

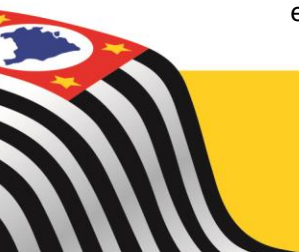
Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade.

### **Documentos necessários para dispensação do medicamento**

1. Receituário de controle especial em duas vias, legível, sem rasuras ou emendas, elaborada pelo profissional médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo:
  - Nome completo do paciente;
  - Endereço do paciente;
  - Nome, endereço, telefone ou identificação da Unidade de Saúde;
  - Nome do princípio ativo do medicamento (sem abreviaturas);
  - Forma farmacêutica e concentração / dosagem do medicamento (em sistema métrico);
  - Posologia: Modo de usar o medicamento, via de administração e duração do tratamento;
  - Data;
  - Identificação completa do prescritor, em carimbo ou manuscrito (nome e número de inscrição no Conselho Profissional do Estado de São Paulo);
  - Assinatura do prescritor.

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento a validade é de 30 (trinta) dias e a quantidade dispensada será limitada a 60

CLORPROMAZINA (Atualizado em 07/07/2017)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

(sessenta) dias de tratamento, conforme prescrição, podendo ser antecipado em até 5 (cinco) dias úteis desde que seja para a manutenção do tratamento.

Prescrições com a indicação de uso “se necessário” não serão aceitas.

2. Relatório médico com a justificativa para uso do medicamento em dose diária superior a dose diária máxima recomendada na bula do medicamento, se pertinente;
3. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente.

Para consultar o endereço das Unidades Farmácia Dose Certa, [clique aqui](#).

### Reclamações e dúvidas

Para quaisquer esclarecimentos sobre produtos da Fundação para o Remédio Popular – FURP e serviços das Unidades Farmácia Dose Certa:

Telefones: DDG – 0800 055 1530 e Fax – (11) 2423 - 6202

Endereços eletrônicos: [sac@furp.sp.gov.br](mailto:sac@furp.sp.gov.br)

CLORPROMAZINA (Atualizado em 07/07/2017)