

DEXAMETASONA COLÍRIO

Uso para tratamento das condições inflamatórias da conjuntiva palpebral e bulbar córnea e segmento anterior do globo; tais como conjuntivite alérgica, acne rosácea, ceratite puntata superficial, ceratite por herpes zoster, irites, ciclites. Algumas conjuntivites infecciosas, traumas corneanos causados por queimaduras químicas, térmicas ou por radiação, ou por penetração de corpos estranhos.

Informações gerais

Apresentação: 1 mg/mL (0,1%) – suspensão oftálmica

Dose diária máxima:

- Adultos e crianças: Instilar 1 ou 2 gotas no saco conjuntival 4-6 vezes/dia. Em casos graves, as gotas podem ser administradas de hora em hora. A dosagem deve ser reduzida pouco a pouco quando se notar melhora da inflamação.

Observações:

Classificação do medicamento: corticosteróide

Orientações para administração do medicamento: Agitar bem o frasco do colírio antes de usar. Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade.

Documentos necessários para dispensação do medicamento

1. Prescrição original completa, legível, sem rasuras ou emendas, elaborada pelo profissional médico ou dentista responsável pelo atendimento ao paciente, contendo:
 - Nome completo 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.



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento a validade é de 30 dias, dispensação única. 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.

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

Endereço eletrônico: sac@furp.sp.gov.br