

## PROMETAZINA

**Uso para tratamento** dos sintomas de reações anafiláticas e reações alérgicas, prevenção de vômitos, pós-operatório e enjoos de viagem, tem ação sedativa podendo ser utilizado na potencialização de analgésicos e na pré-anestesia

### Informações gerais

**Apresentação:** 25 mg comprimido

**Dose diária máxima:** 150 mg/dia

#### Observações:

Medicamento integrante do elenco das unidades Farmácia Dose Certa, distribuído pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, conforme pactuação anual disponível no link [Medicamentos das Unidades Farmácia Dose Certa - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo \(saude.sp.gov.br\)](https://saude.sp.gov.br/medicamentos)

Classificação do medicamento: Anti-histamínico

Orientações para administração do medicamento: Este medicamento de ser ingerido com água. Este medicamento não pode ser partido ou mastigado.

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 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;



**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Básico da Assistência Farmacêutica  
Farmácia Dose Certa – Fundação para o Remédio Popular (FURP)

- ✓ 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 180 dias, limitados a 6 (seis) dispensações que ocorrerão com intervalo de retirada de 30 (trinta) dias, quando prescrito “uso contínuo”, podendo ser antecipado em até 5 (cinco) dias úteis desde que seja para a manutenção do tratamento, ou 30 (trinta) dias para as demais prescrições.

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

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