

SULFATO FERROSO

Uso para tratamento de anemia por deficiência de ferro; profilaxia em situações de alto risco para deficiência de ferro (casos de deficiência dietética, síndrome de má absorção, menorragia, após gastrectomia total ou subtotal)

Informações gerais

Apresentação:

40 mg – comprimido

25 mg/mL solução oral (cada mL ou 25 gotas, quando gotejado verticalmente, contém 124,45 mg de sulfato ferroso heptaidratado, equivalente a 25 mg de ferro elementar)

Esquema de tratamento:

- Crianças: 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, sem ultrapassar 60 mg/dia.
- Gestantes: 60 a 200 mg/dia de ferro elementar associadas a 400 mcg/dia de ácido fólico.
- Adultos: 120 mg/dia de ferro elementar.
- Idosos: 15 mg/dia de ferro elementar.

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-das-unidades-farmacia-dose-certa)

Classificação do medicamento: Mineral

Orientações para administração do medicamento: O medicamento deve ser utilizado preferencialmente com o estômago vazio. Este medicamento na forma farmacêutica comprimido não deve 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;
 - ✓ 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, limitadas a 6 (seis) dispensações que ocorrerão com intervalo de retirada de 30 (trinta) dias, 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.

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