

METFORMINA

Uso para tratamento de diabetes melito tipo 2

Informações gerais

Apresentação: 850 mg – comprimido

Dose diária máxima:

- Crianças acima de 10 anos: 2.000 mg
- Adultos: 2.550 mg

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: Antidiabético – Biguanida

Orientações para administração do medicamento: O medicamento deve ser utilizado com alimentos

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;
METFORMINA (Atualizado em 10/09/2024)



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, 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

METFORMINA (Atualizado em 10/09/2024)

