

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

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

OMEPRAZOL

Uso para tratamento de doença do refluxo gastroesofágico, tratamento de úlcera péptica de múltiplas etiologias, tratamento de condições hipersecretórias, adjuvante no tratamento de infecção por *Helicobacter pylori*

Informações gerais

Apresentação: 20 mg - cápsula

Dose diária máxima:

- Crianças: 20 mg

- Adultos: 80 mg

Observações:

Classificação do medicamento: Antissecretor – Inibidor da Bomba de Prótons

Orientações para administração do medicamento: O medicamento pode ser utilizado em jejum, 30 minutos antes das refeições (preferencialmente café da manhã)

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, quando prescrito “uso contínuo”, podendo ser antecipado em

OMEPRAZOL (Atualizado em 15/08/2022)



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

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

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.

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

