



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

PROPOSTA DE:

- () Inclusão
- (X) Exclusão
- () Substituição

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:

- **Nome Genérico (DCB ou DCI):** Cloridrato de Ciclopentolato + Fluoresceína sódica + Tropicamida
- **Forma Farmacêutica:** Colírio
- **Concentração:** 1% 10 mg/ml + 1% 10 mg/ml + 10 mg/ml
- **Consta da última edição da Rename?** () SIM (X) NÃO

DADOS FARMACOLÓGICOS*:

- **Grupo(s) Farmacológico(s) (ATC):**
 - o **Cloridrato de Ciclopentolato 1% 10mg/mL:** Ciclopléxico é indicado no tratamento de distúrbios inflamatórios dos olhos como: irite, iridociclite, ceratite e coroidite. Uso auxiliar para induzir midríase e cicloplegia em exames dos olhos e procedimentos diagnósticos. Uso como adjuvante no estudo da refração ou na oftalmoscopia.
 - o **Fluoresceína sódica 1% 10mg/mL:** Corante oftalmológico solúvel em água para diagnóstico de lesões de córnea, ceratite, úlceras, lesões de conjuntiva.
 - o **Tropicamida 10mg/mL:** Solução oftálmica indicada em procedimentos de diagnósticos como midriático e ciclopléxico.
- **Contraindicações, precauções e toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento:**
 - o **Contraindicações:** Não se aplica.
 - o **Precauções:** Não se aplica.
 - o **Efeitos adversos mais comuns:** Não se aplica.

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

- **Solicitações de Exclusão:**
 - o **Extensão do uso:** Após o encerramento das atividades do serviço de oftalmologia no Centro de Especialidades Médicas - CEM, através da contratação de novos serviços através do credenciamento de



prestadores em oftalmologia, a aquisição de colírios para diagnóstico em oftalmologia já não se fazem necessárias.

- o **Dose diária:** Não se aplica.
- o **Duração do tratamento:** Não se aplica.

O medicamento proposto pode ser comparado com outros produtos do mesmo grupo ou classe terapêutica constante da Rename?

() SIM (X) NÃO Se sim, qual(is)?

Resumo das evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.), com as referências bibliográficas*: Não se aplica.

Vide estudos em anexo: Não se aplica.

DADOS DO PROPONENTE:

- **Autor(es) da solicitação (nome, cargo e lotação):**
 - o Izabela Dias Brugugnolli – Médica - Central de Regulação SMS
 - o Angélica Freu Costa – Enfermeira - Diretora Técnica SMS
- **Local:** Catanduva/SP
- **Data:** 13/01/2020