

QUEIMALIVE[®]

Pomada Dermatológica

sulfacetamida sódica – 74 mg/g

trolamina – 20 mg/g



QUEIMALIVE®

sulfacetamida sódica - DCB: 08108

trolamina - DCB: 08961

I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome comercial: QUEIMALIVE®

Nome genérico: sulfacetamida sódica (DCB 08108) + trolamina (DCB 08961)

APRESENTAÇÃO

Pomada dermatológica – 74 mg/g + 20 mg/g - Embalagem contendo bisnaga de 30 g.

USO TÓPICO

USO ADULTO E PEDIÁTRICO

COMPOSIÇÃO

Cada grama de **QUEIMALIVE®** pomada contém:

sulfacetamida sódica (equivalente a 50mg de sulfanilamida) 74 mg

trolamina 20 mg

Excipientes q.s.p. 1 g

(petrolato branco, lanolina anidra, petrolato líquido e água purificada).

II - INFORMAÇÕES AO PACIENTE

1. PARA QUÊ ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?

QUEIMALIVE® é indicado para o tratamento de queimaduras solares e domésticas, abscessos, piodermites, ferimentos e outras lesões dérmicas.

2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

QUEIMALIVE® combina ações preventivas e curativas de infecções, estimula a cicatrização e, ainda, proporciona o alívio dos sintomas causados pelas queimaduras, abscessos, piodermites, ferimentos e outras lesões dérmicas.

3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

O uso de **QUEIMALIVE®** é contraindicado em pacientes com história de alergia às outras sulfas ou a qualquer um dos componentes da formulação e em lactentes.

O uso de medicamentos contendo sulfacetamídicos não é recomendado durante a gravidez, bem como durante a amamentação.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Não há contraindicações relativas a faixas etárias.

4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

Muita atenção durante o uso em áreas raspadas ou em feridas abertas. É recomendada cautela em pacientes com histórico de asma e alergias, e em idosos, que são mais suscetíveis a reações.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento.

5. ONDE, COMO E POR QUANTO TEMPO POSSO GUARDAR ESTE MEDICAMENTO?

QUEIMALIVE® deve ser armazenado em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C), protegido da luz e da umidade.

QUEIMALIVE® possui prazo de validade de 24 meses a partir da data de fabricação desde que observados os cuidados de armazenamento.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido.

Para sua segurança mantenha o medicamento na embalagem original.

QUEIMALIVE® é uma pomada amarelada, untuosa ao tato, isenta de material estranho, de odor característico. **Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso você observe alguma mudança no aspecto do medicamento que ainda esteja no prazo de validade, consulte o médico ou o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.**

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

Após assepsia da lesão, aplique uma camada fina de pomada, ou utilize conforme critério médico.

Siga corretamente o modo de usar. Em caso de dúvidas sobre este medicamento, procure orientação do farmacêutico. Não desaparecendo os sintomas, procure orientação de seu médico ou cirurgião-dentista.

7. O QUE DEVO FAZER QUANDO EU ME ESQUECER DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

Em caso de dúvidas, procure orientação do farmacêutico ou de seu médico, ou cirurgião-dentista.

8. QUAIS OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?

Informe ao seu médico o aparecimento de quaisquer reações desagradáveis, tais como: vermelhidão, prurido, edema, urticária, erupções e outros sinais de hipersensibilidade cutânea. Caso ocorra qualquer uma destas reações, o uso do produto deve ser imediatamente suspenso e o médico informado.

Informe ao seu médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico o aparecimento de reações indesejáveis pelo uso do medicamento.

Informe, também, à empresa através do seu serviço de atendimento.

9. O QUE FAZER SE ALGUÉM USAR UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE A INDICADA DESTE MEDICAMENTO?

Não foram relatados casos de superdose com o uso tópico de sulfacetamida.

Em caso de uso de grande quantidade deste medicamento, procure rapidamente socorro médico e leve a embalagem ou bula do medicamento, se possível.

Ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

III - DIZERES LEGAIS

SIGA CORRETAMENTE O MODO DE USAR, NÃO DESAPARECENDO OS SINTOMAS, PROCURE ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Reg. MS.: 1.1560.0081

Farm. Resp.: Dra. Michele Caldeira Landim - CRF/GO: 5122

CIFARMA – Científica Farmacêutica Ltda.

Rod. BR 153 Km 5,5 – Jardim Guanabara

CEP: 74675-090 – Goiânia / GO

CNPJ: 17.562.075/0001-69

Indústria Brasileira

CAC: 0800 707 1212



Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 23/10/2013.

Histórico de Alteração da Bula

Dados da submissão eletrônica			Dados da petição/notificação que altera bula				Dados das alterações de bulas		
Data do expediente	Nº. expediente	Assunto	Data do expediente	Nº. expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
615717/10-3	19/07/2010	Alteração de Texto de Bula (que não possui bula padrão) - Adequação à RDC 47/2009	_____	_____	_____	_____	Apenas adequação à RDC 47/2009.	VP	Pomada dermatológica
0017952/13-3	04/01/2013	Adequação à Resolução RDC Nº 60, de 12 de dezembro de 2012 - Alteração de texto de bula	_____	_____	_____	_____	Envio de formulário preenchido com os dados da alteração de texto de bula.	VP	Pomada dermatológica
0248021/13-2	02/04/2013	Inclusão Inicial de Texto de Bula - RDC 60/12	_____	_____	_____	_____	Submissão eletrônica da bula.Envio bula paciente e profissional da saúde. Última versão submetida em 19/07/10 (adequação à RDC 47/09.	VP	Pomada dermatológica

0913044/13-6	30/10/2013	Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	_____	_____	_____	_____	Correções ortográficas, correções de frases padrão conforme RDC 47/2009 e inclusão do item "O que devo fazer quando eu me esquecer de usar este medicamento?".	VP	Pomada dermatológica
2141244/19-8	10/09/2019	Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	_____	_____	_____	_____	Envios: Dados do peticionamento Comprovante de isenção do pagamento da taxa de fiscalização de vigilância sanitária Justificativa para submissão de bulas e formulários RDC 60/2012 Novo texto de bula (Paciente e Profissional)	VP	Pomada dermatológica
_____	_____	Notificação de Alteração de Texto de Bula - RDC 60/12	_____	_____	_____	_____	- Não houve alteração na Bula do paciente	VP	Pomada dermatológica