

# FEMME

## polivitamínico e poliminerais

Frasco com 30 comprimidos revestidos

**USO ADULTO**

**USO ORAL**

### Composição completa:

Cada comprimido revestido contém:

retinol (vit. A) .....	5000	UI
colecalfiferol (vit. D <sub>3</sub> ) .....	400	UI
ácido ascórbico (vit. C) .....	100	mg
ácido fólico .....	1	mg
acetato de razealfatocferol (vit. E) .....	30	UI
biotina .....	30	mcg
cloridrato de piridoxina (vit. B <sub>6</sub> ) .....	10	mg
cianocobalamina (vit. B <sub>12</sub> ) .....	3	mcg
nicotinamida .....	20	mg
riboflavina (vit. B <sub>2</sub> ) .....	2	mg
nitrito de tiamina (vit. B <sub>3</sub> ) .....	1,5	mg
ácido pantotênico (como pantotenato de cálcio) .....	10	mg
romo (como cloreto crômico) .....	25	mcg
cálcio (como carbonato de cálcio) .....	250	mg
ferro (como fumarato ferroso) .....	30	mg
magnésio (como óxido de magnésio) .....	100	mg
manganês (como sulfato de manganês) .....	5	mg
zinco (como óxido de zinco) .....	25	mg
iodo (como iodeto de potássio) .....	150	mcg
cobre (como óxido cúprico) .....	2	mg

**Excipientes:** dióxido de silício, celulose microcristalina, estearato de magnésio, povidona, crospovidona, etilcelulose, hipromelose, petrolato líquido, laurilsulfato de sódio, macrogol, dióxido de titânio, talco, corante vermelho FDC nº 3 e óxido férrico vermelho.

### INFORMAÇÃO AO PACIENTE:

**FEMME** é indicado como suplemento vitamínico e mineral em períodos de convalescença, gestação e aleitamento.

**FEMME**, quando conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C), ao abrigo da luz e umidade apresenta uma validade de 24 meses a contar da data de sua fabricação.

**NUNCA USE MEDICAMENTO COM O PRAZO DE VALIDADE VENCIDO. ALÉM DE NÃO OBTER O EFEITO DESEJADO, PODE PREJUDICAR A SUA SAÚDE.**

Categoria D de risco para mulheres grávidas. "Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez"

Informe seu médico a ocorrência de gravidez na vigência do tratamento ou após o seu término. Informar ao médico se está amamentando.

**FEMME** deve ser administrado, quando a gravidez já estiver iniciada, na dose de um comprimido revestido ao dia, via oral, de preferência pela manhã, por toda gestação e durante o período da lactação. Em casos de intolerância gástrica ingerir durante ou após a principal refeição.

**FEMME**, quando utilizado no período pré-concepcional, deve ser administrado pelo menos três meses antes da possível gestação na dose de um comprimido revestido ao dia via oral pela manhã ou a critério médico, perdurando por todo o período da gravidez e lactação.

Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento.

Não interromper o tratamento sem o conhecimento do seu médico.

Informe seu médico o aparecimento de reações desagradáveis, tais como: náusea, vômito, diarreia, prisão de ventre, sensação de calor e/ou rubor na face.

### TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS

**FEMME não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos à base de ácido acetilsalicílico, levodopa, cimetidina, carbamazepina ou tetraciclina e antiácidos.**

**FEMME é contra-indicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula.**

**FEMME também é contra-indicado em pacientes portadores de úlcera péptica e doenças hepáticas.**

Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início, ou durante o tratamento.

**NÃO TOMAR REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE.**

### INFORMAÇÃO TÉCNICA:

**FEMME** é um suplemento vitamínico e mineral indicado em períodos de convalescença, gestação e aleitamento.

Sua formulação, através de seus componentes, fornece todos os elementos vitamínicos e minerais em quantidades adequadas para serem associados a uma dieta alimentar.

**FEMME** pela sua excelente tolerabilidade gástrica pode ser administrado independentemente das refeições, sem que haja qualquer prejuízo da absorção do ferro que pudesse ser desencadeada pela presença de alimentos no trato digestivo.

O retinol é necessário para o crescimento ósseo, reprodução e desenvolvimento embrionário. Após ser convertido em retinil fosfato nos tecidos epiteliais, participa como ativador glicosilado na mediação da transferência da manose para glicoproteínas específicas, que são responsáveis pela manutenção, regulação da adesividade e pelo crescimento do tecido epitelial. Participa também como cofator de várias reações bioquímicas como na síntese de mucopolissacarídeos, ativação de sulfato, desidrogenação de hidroxiesteróides, síntese de colesterol, desmetilação microssomal hepática e hidroxilação de substâncias. O retinol é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal sadio e por ser lipossolúvel, a absorção exige a presença de sais biliares, lipase pancreática e gordura dietética. Menos de 5% ligam-se à lipoproteína no sangue (normal). A concentração sérica normal é de 80 a 300 UI/ml. O retinol é armazenado (primariamente como palmitato) no fígado. É mobilizado dos depósitos hepáticos e transportado no plasma na forma retinil-proteína ligante; sofre biotransformação hepática e é excretado principalmente na bile ligado a um glucuronídeo e pequena porção pelos rins.

O colecalfiferol é um regulador positivo na homeostase do cálcio e afeta o metabolismo do fosfato de forma semelhante ao do cálcio, sendo que estes dois íons são essenciais para a atividade neuromuscular normal, mineralização óssea e várias outras funções cálcio-dependentes. A sua meia-vida plasmática é de três a seis horas e o início de ação hipercalcêmica é de duas a seis horas, quando tomado por via oral. O colecalfiferol é eliminado pela via biliar/renal.

O ácido ascórbico participa da conversão da prolina e lisina em hidroxiprolina e hidroxilisina, respectivamente, que são responsáveis pela formação da síntese do colágeno, da conversão do ácido fólico em ácido fólico e da hidroxilação da dopamina em norepinefrina. É rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal e sua absorção pode ser reduzida com doses altas. A sua ligação às proteínas é baixa (25%) e está presente no plasma e nas células, sendo que concentrações mais elevadas encontram-se no tecido glandular.

O ácido ascórbico sofre biotransformação hepática, sendo reversivelmente oxidado a ácido desidroascórbico; parte é biotransformada em ácido 2-sulfato-ascórbico, que é inativo, e em ácido oxálico. O ácido ascórbico atravessa a barreira placentária, é excretado pelo leite materno e eliminado pela urina, a maior parte na forma de metabólitos. É removível por hemodiálise.

O ácido fólico tem funções específicas no metabolismo intracelular, onde converte homocisteína em metionina e serina em glicina. Participa da síntese de timidilato, que é importante na síntese do DNA e também do metabolismo da histidina, que age na conversão para o ácido glutâmico e da síntese das purinas. É rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, principalmente na parte superior do duodeno e jejuno. O ácido fólico administrado terapêuticamente entra na circulação portal, amplamente inalterado, uma vez que é um substrato pobre para a redução pela diidrofolato redutase. É convertido à forma metabolicamente ativa 5-metiltetraidrofolato no plasma e no fígado. O local principal de armazenamento do folato é o fígado. Os metabólitos do folato são eliminados na urina e o folato, excedente às necessidades orgânicas, é excretado inalterado na urina. O folato é distribuído no leite materno e é removido por hemodiálise.

O ácido fólico é utilizado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como preventivo dos Defeitos do Tubo Neural (DTN). O período recomendado é pelo menos três meses antes da concepção.

O acetato de tocoferol exerce uma importante função antioxidante e protetora das células, que se estende aos eritrócitos, impedindo sua hemólise e atua também como carreadora de elétrons. Pode facilitar a absorção, o armazenamento hepático e a utilização do retinol. Cerca de 20% a 80% do acetato de tocoferol são absorvidos do trato gastrointestinal; a absorção se processa com maior eficiência na presença de sais biliares, gordura dietética e função pancreática normal. O acetato de tocoferol liga-se a beta-lipoproteínas no sangue e armazena-se em todos os tecidos orgânicos, especialmente nos tecidos adiposos. Sofre biotransformação hepática e é excretado pelo leite materno e eliminado principalmente pela bile; parte é excretada pela urina.

Nos tecidos humanos, a biotina é um cofator para a carboxilação enzimática de quatro substratos: piruvato, acetil coenzima A (CoA), propionil CoA e beta-metilcrotonil CoA. Exerce um papel importante tanto no metabolismo dos carboidratos como dos lipídeos. A biotina ingerida é rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal e aparece na urina, predominantemente na forma de biotina intacta, e em quantidades menores como os metabólitos bis-norbiotina e sulfóxido de biotina. Os mamíferos são incapazes de degradar o sistema do anel da biotina.

O cloridrato de piridoxina, sob a forma de coenzima fosfato de piridoxal, exerce papel importante em várias transformações metabólicas de aminoácidos e participa de algumas etapas do metabolismo do triptofano. É rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, principalmente do jejuno, exceto em síndromes de má-absorção e não se liga às proteínas plasmáticas. Armazena-se principalmente no fígado, com quantidades menores no músculo e no cérebro. Sofre biotransformação hepática, degradando-se a ácido 4-piridoxico. O cloridrato de piridoxina é eliminado pela urina, quase que inteiramente como metabólitos e o excesso, é excretado na forma íntegra. É removível por hemodiálise.

A cianocobalamina participa do metabolismo lipídico, glicídico e protéico. Através das suas coenzimas, metilcobalamina e 5-desoxiadencilcobalamina, participa das reações de transmissão como da formação de metionina, a partir da homocisteína e é essencial para a manutenção da bainha de mielina no sistema nervoso central. A cianocobalamina liga-se a um fator intrínseco, uma glicoproteína secretada pela mucosa gástrica, sendo então ativamente absorvida do trato gastrointestinal.

A cianocobalamina liga-se extensivamente às proteínas plasmáticas específicas chamadas transcobalaminas; a transcobalamina II parece estar envolvida no rápido transporte das cobalaminas aos tecidos. É armazenada no fígado, excretada na bile e passa por extensiva reciclagem entero-hepática; a excreção urinária, contudo, é responsável por somente uma pequena fração na redução dos depósitos orgânicos totais adquiridos por meios dietéticos. A cianocobalamina se difunde através da placenta e também aparece no leite materno.

A nicotinamida tem papel importante para uma ampla variedade de proteínas que catalisam reações de oxirredução, essenciais para a respiração tissular. É rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal, após administração oral e amplamente distribuída nos tecidos orgânicos. A principal via de metabolismo é sua conversão a N-metilnicotinamida e aos derivados 2-piridona e 4-piridona. Pequenas quantidades da nicotinamida são excretadas, inalteradas na urina após doses terapêuticas; contudo, a quantidade excretada inalterada é aumentada com doses maiores. A riboflavina através de suas formas ativas FAD e FMN, atua no metabolismo como coenzima, para uma ampla variedade de flavoproteínas respiratórias. É rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal, principalmente no duodeno. A riboflavina e seus metabólitos são distribuídos em todos os tecidos orgânicos e no leite materno; pequena quantidade é armazenada no fígado, baco, rins e coração. A ligação a proteínas é moderada (60%). A riboflavina sofre biotransformação, dando flavina mononucleotídeo na mucosa intestinal; este, no fígado, se converte em flavina adenina dinucleotídeo. A meia-vida, após administração oral ou intramuscular, é de 66 a 84 minutos. A riboflavina é eliminada pela urina, quase inteiramente como metabólitos; o excesso é excretado, em grande parte na forma íntegra e pequena porção é excretada pelas fezes.

O nitrito de tiamina tem como metabólito ativo o pirofosfato de tiamina, que age no metabolismo dos carboidratos como uma coenzima na descarboxilação dos alfa-cetoácidos como piruvato e alfa-cetoglutarato e na utilização da pentose no desvio da hexose monofosfato. É rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal, principalmente no duodeno, exceto nas síndromes de má-absorção; o álcool inibe sua absorção. A absorção oral pode ser aumentada, administrando o nitrito de tiamina em porções divididas junto com alimento. A absorção máxima, por via oral, é de 8 a 15 mg por dia. O nitrito de tiamina sofre biotransformação hepática e é eliminado pela urina, quase inteiramente (80

320 mm

120 mm

a 96%) como metabólitos; o excesso é excretado nas formas íntegra e de metabólitos, também pela urina. O pantotenato de cálcio participa de reações enzimáticas importantes no metabolismo oxidativo dos carboidratos, gliconeogênese, síntese e degradação de ácidos graxos e síntese de esteróides como hormônios esteroídicos e porfirinas. É absorvido rapidamente pelo trato gastrointestinal, exceto em síndromes de má-absorção. O pantotenato de cálcio distribui-se nos tecidos orgânicos, principalmente na forma de coenzima A, concentrando-se mais no fígado, glândulas adrenais, coração e rins. Não sofre biotransformação e é excretado principalmente (70%) pela urina, na forma íntegra; 30% são eliminados pelas fezes.

O cromo é pouco absorvido por via oral: os sais inorgânicos têm absorção oral entre 0,5 e 1%, mas formas farmacêuticas contendo o cromo na forma quelada possuem maior absorção. A taxa de ligação protéica é de 10 a 17%. A excreção é primariamente renal com pequenas quantidades excretadas na bile. O cálcio é essencial para a integridade funcional dos nervos e músculos, onde tem a maior influência sobre a excitabilidade. É necessário para a função cardíaca, para a manutenção da integridade das membranas e para a coagulação sanguínea. Possui três fatores endócrinos que controlam seu metabolismo: hormônio paratireoideano (HPT), calcitonina e vitamina D. As necessidades de cálcio são de 200 a 2.500 mg/dia. A ingestão de grandes quantidades de sais de cálcio não causa por si mesma hipercalcemia, exceto em pacientes que têm hipotireoidismo. A concentração plasmática de cálcio, em média, é cerca de 2,5 mM (5,0 mEq/L; 10 mg/dl), entretanto, isto representa cerca de 40% do cálcio plasmático que se encontra ligado às proteínas, principalmente à albumina; cerca de um décimo é difusível, mas ligado a outros ânions e a fração restante representa o cálcio iônico difusível. O carbonato de cálcio é convertido a cloreto de cálcio pelo ácido gástrico.

Sua absorção ocorre nos segmentos mais proximais do intestino delgado; um terço do cálcio ingerido é absorvido através da forma ionizável e sua absorção é carregada por uma proteína de ligação. O cálcio é secretado no trato gastrointestinal, saliva, bile e suco pancreático, que concomitantemente com o cálcio não-absorvido, é excretado pelas fezes. O ferro é um elemento fundamental no transporte de oxigênio aos tecidos. O ferro é irregular e incompletamente absorvido pelo trato gastrointestinal, sendo os locais principais da absorção, o duodeno e o jejuno. A absorção é auxiliada pela secreção ácida do estômago e por alguns ácidos dietéticos (tais como o ácido ascórbico) e é mais rapidamente afetada quando o ferro está no estado ferroso ou é parte do complexo ferro-heme (ferroporfirina, em que o ferro está no estado ferroso). Somente cerca de 5 a 15% do ferro ingerido no alimento, são normalmente absorvidos. Após a absorção, a maior parte do ferro liga-se a transferrina e é transportada à medula óssea onde é incorporada na hemoglobina; o remanescente fica contido dentro das formas de armazenamento, ferritina ou hemosiderina, ou como mioglobina, com quantidades menores, encontradas nas enzimas contendo o complexo heme ou no plasma ligadas a transferrina, que é responsável pela troca interna de ferro. O fluxo de ferro através do plasma resulta em um total de 30 a 40 mg/dia, ou seja, 0,46 mg/kg que se encontra nesta transferrina. A medula óssea é capaz de extrair 85% de ferro dos 5% de fluxo sanguíneo circulante para iniciar a formação de novos eritrócitos, que duram aproximadamente 120 dias antes de serem catabolizados pelo retículoendotélio.

O magnésio atua como ativador das enzimas do metabolismo dos açúcares e das gorduras. Aproximadamente 50% deste magnésio são encontrados no osso, 45% ocorrem como cátion intracelular e 5% encontram-se no líquido extracelular. Atua no transporte de íons através das membranas dos eritrócitos, reduz a excitabilidade dos nervos e músculos e mantém o ritmo cardíaco normal. Fisiologicamente, o magnésio participa de todas as reações que envolvem transferência de fosfato, que utilizam o trifosfato de adenosina (ATP) como substrato. A ligação do RNA mensageiro (RNAm) aos ribossomos é dependente do magnésio, bem como a integridade funcional das subunidades dos ribossomos. No sistema nervoso central, está relacionado com os estados de fadidez e alguns distúrbios neuropsíquicos. No sistema músculo-esquelético, reduz a sensibilidade da placa motora à acetilcolina aplicada e reduz a amplitude do potencial da placa motora. No sistema cardiovascular, seu excesso causa alteração dos traçados eletrocardiogramas. Um terço do total ingerido de magnésio é absorvido na parte superior do intestino delgado através do processo de transporte ativo após administração oral e mesmo os sais de magnésio solúveis são geralmente muito lentamente absorvidos. No plasma, cerca de 25 a 30% de magnésio se ligam às proteínas. De 3 a 5% dos sais de magnésio administrados oralmente são eliminados na urina (fração absorvida) e nas fezes (fração não-absorvida). Pequenas quantidades são distribuídas no leite materno e o magnésio atravessa a placenta.

A absorção do manganês pelo trato gastrointestinal é variável, variando de 3 a 50%. Na circulação, o manganês se liga à transaminina, uma beta-1-globulina. O manganês é armazenado no cérebro, rins, pâncreas e fígado. É excretado na bile e passa pela circulação entero-hepática.

O zinco é componente de vários sistemas enzimáticos e hormonais, com atividade no metabolismo dos ácidos nucleicos e proteínas, sendo fundamental nos tecidos com alta taxa de reprodução celular como a pele, ossos, gônadas e medula óssea. As principais funções do zinco são o metabolismo dos carboidratos, estimular a síntese e o metabolismo protéico, melhorar a resistência ao esforço e aumentar a força muscular. O zinco é absorvido incompletamente pelo trato gastrointestinal, e a absorção é reduzida na presença de alguns constituintes dietéticos, tais como: os fitatos. A regulação da sua absorção ocorre no fígado, onde se liga à metalotionina, que é uma proteína fixadora de metais.

A carência ou não do zinco influencia a regulação de sua absorção. Cerca de 60% do zinco são transportados no plasma, ligados à albumina e o restante liga-se à alfa-2-macroglobulina e à transferrina. O zinco é distribuído por todo o organismo com as concentrações mais elevadas encontradas no músculo, osso, pele e fluidos prostáticos. É primariamente excretado nas fezes e a regulação das perdas fecais é importante na homeostase do zinco. Pequenas quantidades são eliminadas na urina e na perspiração. O zinco é excretado no leite materno.

O iodo é indispensável ao funcionamento normal da glândula tireóide, sendo componente da tiroxina e seus precursores. A ação do iodo é de antagonizar a capacidade tanto da tirotrópica quanto do AMP cíclico, estimulando a endocitose do colóide, a proteólise e a secreção do hormônio. Possui uma boa ação fluidificante de secreções brônquicas. Quando tomado através de preparações orais (que são convertidas a iodetos), estes são capturados pela glândula tireóide. Os iodos não-absorvidos pela tireóide são excretados, principalmente na urina, com quantidades menores, aparecendo nas fezes, saliva e suor. Atravessam a placenta e são distribuídos no leite materno.

O cobre é um elemento químico que participa da composição de várias enzimas. Exerce papel importante na oxidação do ferro e aumenta a resistência do colágeno. Através do envolvimento de enzimas contendo cobre, também tem papel na produção de energia mitocondrial, proteção contra antioxidantes e síntese da melanina e das catecolaminas. De 25 a 60% do cobre da dieta são absorvidos. Sua absorção ocorre no estômago, porém é máxima no intestino delgado através de transporte ativo e difusão passiva e é regulada pela deficiência ou não do mesmo. De 90 a 95% do cobre ligam-se a ceruloplasmina, 1 a 2% ligam-se a aminoácidos e o restante à albumina. Sofre biotransformação hepática e sua excreção é principalmente biliar, com pequenas quantidades excretadas na urina e no suor.

#### Indicações:

**FEMME** é indicado como suplemento vitamínico e mineral em períodos de convalescença, gestação e aleitamento.

#### Contra-indicações:

**FEMME** É CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA.

**FEMME** TAMBÉM É CONTRA-INDICADO EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA PÉPTICA E DOENÇAS HEPÁTICAS.

#### Precauções e Advertências:

O ÁCIDO FÓLICO PODE CORRIGIR PARCIALMENTE O DANO HEMATOLÓGICO DEVIDO À DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B<sub>12</sub> DA ANEMIA PERNICIOSA, ENQUANTO PROGRIDE O DANO NEUROLÓGICO ASSOCIADO. EM RAROS CASOS, TEM SIDO REPORTADA HIPERSENSIBILIDADE ALÉRGICA APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO.

O ÁCIDO ASCÓRBICO PODE PROPORCIONAR UM AUMENTO DA FORMAÇÃO DE CRISTAIS URINÁRIOS. PORTANTO, OS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA DE FILTRAGEM RENAL DEVERÃO EVITAR UMA POSSÍVEL NEFRROLITASE.

O ÁCIDO ASCÓRBICO FOI ASSOCIADO À HEMÓLISE EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE. PODE OCORRER AUMENTO DOS NÍVEIS GLICÉMICOS EM TRATAMENTOS PROLONGADOS E EM ALTAS DOSES.

A DEFICIÊNCIA DE CIANOCOBALAMINA PODERÁ MASCARAR A DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO E VICEVERSA. QUANDO AS CONCENTRAÇÕES DA CIANOCOBALAMINA SÃO INADEQUADAS, OCORRE UMA ALTERAÇÃO NO METILTETRAIDROFOLATO, CAUSANDO DEFICIÊNCIA FUNCIONAL DO ÁCIDO FÓLICO INTRACELULAR, DETERMINANDO A DEFICIÊNCIA DA CIANOCOBALAMINA.

Categoria D de risco para mulheres grávidas. "Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez"

#### Interações medicamentosas:

A ingestão concomitante de ácido ascórbico com antiácidos contendo alumínio, pode proporcionar uma maior absorção deste componente do antiácido, determinando aumento dos níveis sanguíneos do mesmo.

A administração concomitante com ácido acetilsalicílico resulta em uma redução da absorção do ácido ascórbico em cerca de um terço.

O cloridrato de piridoxina interage com a levodopa, acelerando o seu metabolismo sistêmico e consequentemente, acarretando uma redução do efeito terapêutico da levodopa na doença de Parkinson. Isso não ocorre se a levodopa estiver associada com inibidores da descarboxilase.

A absorção da cianocobalamina é diminuída quando a mesma é administrada concomitantemente com cimetidina e outros inibidores de H<sub>2</sub> por similaridade.

A nicotinamida eleva os níveis da carbamazepina, causando moderados efeitos neurológicos, tais como: ataxia, nistagmo e diplopia. A administração concomitante de nicotinamida e carbamazepina pode ocasionar vômitos também. A nicotinamida associada ao ácido acetilsalicílico pode desencadear "rash" cutâneo e eritema facial.

O sulfato ferroso quando administrado concomitantemente com tetraciclina, diminui a ação deste antibiótico.

A administração concomitante com antiácidos pode causar diminuição da absorção do ferro.

#### Reações adversas:

PACIENTES MAIS SENSÍVEIS QUANDO SUBMETIDOS AO TRATAMENTO COM SAIS DE FERRO PODEM, OCASIONALMENTE APRESENTAR DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS, TAIS COMO: NAUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIAS, DORES ABDOMINAIS, ÚLCERA PÉPTICA E/OU CONSTIPAÇÃO INTESTINAL. NESSES PACIENTES, A REDUÇÃO DA DOSE DIÁRIA OU A ADMINISTRAÇÃO IMEDIATAMENTE APÓS AS REFEIÇÕES MINIMIZA ESSES POSSÍVEIS EFEITOS.

REAÇÕES ALÉRGICAS TEM SIDO RARAMENTE REPORTADAS APÓS O USO ORAL DO ÁCIDO FÓLICO.

APÓS O USO DE NICOTINAMIDA, PODE OCORRER EM PERCENTUAIS BASTANTE REDUZIDOS, REAÇÃO CARACTERIZADA POR NAUSEA, VÔMITO, DIARRÉIA, CONSTIPAÇÃO, SENSAÇÃO DE CALOR E RUBOR NA FACE. MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS, TAIS COMO: "RASH" CUTÂNEO, URTICÁRIA, PRURIDO GENERALIZADO E/OU HIPERQUERATOSE PODEM OCORRER DURANTE O TRATAMENTO COM **FEMME**.

PODEM SER OBSERVADAS REAÇÕES ADVERSAS RENAIS COMO: DESCOLORAÇÃO DA URINA E/OU LITÍASE RENAL.

PODEM OCORRER MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS, TAIS COMO: SONOLÊNCIA, IRRITABILIDADE, DISTÚRBIOS DE COMPORTAMENTO, HIPOTONIA E/OU NEUROPATIA SENSORIAL PERIFÉRICA.

REAÇÕES HEPÁTICAS COMO HEPATOTOXICIDADE PODEM OCORRER.

PODEM SER OBSERVADAS REAÇÕES HEMATOLÓGICAS, TAIS COMO: ELEVAÇÃO DOS NÍVEIS DE FOSFATASE ALCALINA, GLICOSE E ÁCIDO ÚRICO.

MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS DO TIPO BRONCOESPASMO PODEM OCORRER DURANTE O TRATAMENTO COM **FEMME**.

#### Posologia:

Um comprimido revestido diário ou segundo orientação médica.

#### Conduta na superdosagem:

Em caso de ingestão inadvertida ou acidental de uma quantidade de comprimidos revestidos acima da indicada, deve-se procurar imediatamente orientação médica.

#### Pacientes idosos:

O medicamento não está indicado em pacientes idosos.

MS - 1.0573.0246

Farmacêutico Responsável: Dr. Wilson R. Farias CRF-SP nº 9555

**Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A.**

Via Dutra, km 222,2 - Guarulhos - SP

CNPJ 60.659.463/0001-91 - Indústria Brasileira

Número do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide embalagem externa

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA**

