

### 10. MEDICAÇÃO ANTI-ALÉRGICA

#### 10.1 ANTI-HISTAMÍNICOS

##### 10.1.1 ANTI-HISTAMINICOS DE 1ª GERAÇÃO

###### CLEMASTINA

D 2mg/2ml

F Solução Injetável

V I.M.-I.V.

###### HIDROXIZINA

D 25mg

F Comprimido

V Oral

##### 10.1.2 ANTI-HISTAMINICOS DE 2ª GERAÇÃO

###### CETIRIZINA

D 10mg

F Comprimido

V Oral

D 1mg/ml Fr.150ml

F Solução

V Oral

#### 10.2 MEDICAMENTOS USADOS NAS URGÊNCIAS ALÉRGICAS

###### ADRENALINA

D 1mg/1ml

F Solução Injetável

V I.M.

#### ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Determina os fármacos aprovados pela Comissão de Farmácia e que constituem o Formulário Hospitalar do Medicamento no Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

#### ELABORADO POR:

Farmácia Hospitalar

#### APROVADO POR:

Comissão Farmácia

Direção Clínica

#### HOMOLOGADO POR:

Direção Hospital

(Liliana Gomes)

(Adolfo Silva)

(António Gomes)

(Bento Morais)