

**DELTA-IFAL**  
**(deltametrina)**

IFAL Indústria e Comércio de Produtos  
Farmacêuticos Ltda

Loção

0,2mg/mL

## **I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO:**

### **DELTA-IFAL**

**Deltametrina**

### **APRESENTAÇÕES**

Loção. Frasco com 100 mL.

Loção. Frasco com 80 mL.

## **VIA DE ADMINISTRAÇÃO: USO EXTERNO**

### **USO ADULTO E PEDIÁTRICO**

#### **Composição**

Cada mL de loção contém:

Deltametrina.....0,2mg/mL

Excipientes (água purificada, álcool cetosteárilico, essência, metilparabeno, propilenoglicol, propilparabeno, quaternário de amônio e vaselina líquida).

## **II – INFORMAÇÕES AO PACIENTE:**

### **1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?**

ESCAB-IFAL é indicado para o tratamento e prevenção da pediculose (piolhos), da ftiíase (chatos/piolhos da região pubiana), da escabiose (sarna) e das infestações por carrapatos em geral.

### **2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?**

ESCAB-IFAL atua promovendo um efeito inseticida e conseqüentemente, a morte dos parasitas responsáveis por infestações no corpo humano, tais como piolhos, chatos, sarna e carrapatos.

### **3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?**

ESCAB-IFAL é contraindicado para pacientes que apresentam hipersensibilidade à substância deltametrina ou à outros componentes da fórmula, alergia respiratória e com lesões de pele como feridas e queimaduras ou condições que possibilitem uma maior absorção deste medicamento.

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

Este medicamento está indicado somente para uso tópico externo. Não deve ser ingerido ou inalado. Não deve haver contato com os olhos e mucosas. No caso de contato acidental com os olhos, lavá-los imediatamente com água corrente por alguns minutos.

No caso de infecção ou irritação da pele, interromper o tratamento.

No caso de uso em pele lesada por feridas ou queimaduras, pode ocorrer maior absorção da deltametrina com efeitos gastrintestinais e neurológicos agudos, efeitos estes, característicos quando o medicamento é utilizado erroneamente pela via oral, o que é extremamente proibido.

#### **Normas de higiene recomendadas:**

1. Ferver as roupas de cama e de uso pessoal, mantendo-as limpas.
2. Manter as unhas curtas e limpas. No caso de pediculose (piolhos) e ftiíase (chatos), manter os cabelos curtos e limpos.
3. Evitar exagero de coçar e colocar luvas de proteção nas crianças.
4. Procurar descobrir possíveis portadores e possíveis contatos com eles ou seus objetos de uso.
5. Alertar os responsáveis por instituições coletivas frequentadas pelo portador do parasita.

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

**Interações Medicamentosas:** não foram relatadas interações do produto com outras substâncias e/ou medicamentos.

**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?**

Evitar calor excessivo (temperatura superior a 40°C). Proteger da luz e umidade.

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

**Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.**

ESCAB-IFAL apresenta-se na forma de loção homogênea, branca, com odor característico.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

#### **6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?**

Aplicar o produto friccionando em toda região afetada do corpo, caso necessário, deixando permanecer até o próximo banho. Usar durante 4 dias consecutivos.

O produto deve ser reaplicado após 7 dias, para evitar uma possível reinfestação por permanência de ovos.

**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 esquecimento, retome o seu uso da maneira recomendada, não devendo dobrar a dose porque houve o esquecimento de aplicar a dose anterior.

**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?**

Pode ocorrer irritação cutânea, ocular e reações de hipersensibilidade, sobretudo do tipo alergia respiratória.

No caso de uso em pele lesada por feridas ou queimaduras, pode ocorrer maior absorção da deltametrina com efeitos gastrintestinais e neurológicos agudos.

**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?**

No caso de ingestão acidental deve-se induzir o vômito nos indivíduos conscientes ou realizar lavagem gástrica nos inconscientes. Pode-se administrar sais catárticos (hidróxido de magnésio, citrato de magnésio, sulfato de magnésio) para aumentar o trânsito intestinal, reduzindo assim a sua absorção pelo organismo.

No caso de inalação acidental, pode-se necessitar de respiração artificial.

**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:**

Reg. M.S.: 1.3531.0034

Farm. Resp.: Mariana Suso Salgado - CRF RS 1 16951

**IFAL - IND. COM. PROD. FARMACÊUTICOS LTDA**

Av. José Loureiro da Silva, 1211 - Camaquã - RS

CNPJ: 00.376.959/0001-26

**INDÚSTRIA BRASILEIRA**

SAC: (51) 3671-5040

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

**IFAL**



### Histórico de alteração para a 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 do expediente	Assunto	Data de aprovação	Itens de bula	Versões (VP/VPS)	Apresentações relacionadas
07/04/2017		10457 – Inclusão Inicial de Texto de Bula – RDC 60/12						VP/VPS	0,2 MG/ML LOÇ CX 50 FR PLAS OPC X 100 ML 0,2 MG/ML LOÇ CX 50 FR PLAS OPC X 80 ML 0,2 MG/ML LOÇ FR PLAS OPC X 100 ML 0,2 MG/ML LOÇ FR PLAS OPC X 80 ML 0,2 MG/ML LOÇ CT FR PLAS OPC X 100 ML 0,2 MG/ML LOÇ CT FR PLAS OPC X 80 ML