



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ISOTRETINOINA

Acne Grave

Portaria SAS/MS nº 1159, de 18 de novembro de 2015 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg e 20 mg – cápsula

CID contemplados: L70.0, L70.1, L70.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 10 mg – 620 cápsulas / 20 mg – 310 cápsulas

Para faturamento (SIGTAP): 10 mg – 620 cápsulas / 20 mg – 310 cápsulas

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo Estado do Amazonas.

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C2).

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico DERMATOLOGISTA responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias.
3. Notificação de Receita Especial para Retinóides.

4. Ausência de resposta satisfatória ao tratamento convencional, incluindo antibiótico sistêmico administrado por um período de pelo menos 2 meses.

5. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

6. Cópia dos exames:

- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

ATENÇÃO: Para **pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:**

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

7. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.](#)

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão.

Para este medicamento, a validade é de 30 dias.

3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).

4. Cópia dos exames:

Mensalmente:

Para **pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:**

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 14 dias ou documento de esterilização.

A cada 3 meses (após a 1ª renovação):

- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

OBS: TEMPO MÁXIMO DE TRATAMENTO: 9 MESES.

5. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Comprovante de residência com CEP.