

ACITRETINA

Ictioses Hereditárias

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 12, de 13 de junho de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem/ Apresentação: 10 mg – comprimido e 25 mg – comprimido

CIDs contemplados: Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q80.9.

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 10 mg – 217 comprimidos / 25 mg – 93 comprimidos

Para faturamento (SIGTAP): 10 mg – 217 comprimidos / 25 mg – 93 comprimidos

Grupo de financiamento: 1B – Aquisição pelo Estado do Amazonas com recurso federal

Observações: Conservar em temperatura abaixo de 25°C; 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 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, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).
4. Anexos da Portaria nº 344/1998:
 - Para pacientes do sexo feminino menores de 55 anos de idade – Anexo XV;
 - Para pacientes do sexo feminino maiores de 55 anos de idade E para pacientes do sexo masculino de qualquer idade – Anexo XVI.
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 de colesterol total;
 - Dosagem sérica de HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica de triglicerídeos;
 - Dosagem sérica de LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$
 - Dosagem sérica de creatinina;
 - Dosagem sérica de uréia;
 - Dosagem sérica de fosfatase alcalina
 - Dosagem sérica de gama glutamiltransferase;
 - Dosagem sérica de bilirrubinas;
 - Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Dosagem sérica de glicemia de jejum;
 - Urina tipo I.

Para crianças:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar:

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização.
7. Não é necessário apresentar [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, limitadas à somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

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

4. Anexos da Portaria nº 344/1998:

- Para pacientes do sexo feminino menores de 55 anos de idade – [Anexo XV](#);
- Para pacientes do sexo feminino maiores de 55 anos de idade E para pacientes do sexo masculino de qualquer idade – [Anexo XVI](#).

5. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência com CEP;

6. Cópia dos exames:

Mensalmente:

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar).

Trimestralmente:

- Dosagem sérica de colesterol total;
- Dosagem sérica de HDL (High-density lipoprotein);

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Dosagem sérica de triglicerídeos;
- Dosagem sérica de LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de glicemia de jejum.