

ACITRETINA

Psoríase

Portaria conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

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

CIDs contemplados: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

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 Dermatologista 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 à 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

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
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
6. Cópia dos exames:
 - Relatório médico descrevendo **um dos** critérios:
 - escore PASI (Psoriasis Área and Severity Index);
 - porcentagem de acometimento da superfície corporal;
 - DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico);
 - psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
 - psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses;
 - psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.
 - Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Dosagem sérica de fosfatase alcalina;
 - Dosagem sérica de bilirrubinas;
 - Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamyltransferase);
 - Dosagem sérica de triglicerídeos;

ACITRETINA (PSORÍASE) ATUALIZADO EM 09/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Dosagem sérica de uréia;
- Dosagem sérica de creatinina;
- Dosagem sérica de Colesterol total;
- Dosagem sérica de LDL (Low Density Lipoproteins);
- Dosagem sérica de HDL (High Density Lipoprotein);
- Dosagem sérica de glicose;
- Hemograma completo.

Para crianças:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, realizado no último ano.

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização.

A critério médico:

- Densitometria óssea para adultos na faixa etária de risco para osteoporose, realizado no último ano.

ATENÇÃO: 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.

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
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Documento de identidade e CPF;
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).

Semestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- 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;
- Dosagem sérica de creatinina.

Anualmente:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos (apenas para crianças).

A critério do médico prescritor:

- Densitometria óssea para adultos com suspeita de osteopenia.