

ACITRETINA – Psoríase

10 mg – comprimido e 25 mg – comprimido

Portaria SAS/ SCTIE/ MS nº 10, de 06 de setembro de 2019

Informações

CIDs: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, L44.0

Quantidade máxima mensal: 10 mg – 217 comprimidos / 25 mg – 93 comprimidos

Grupo de Financiamento: 1B

Documentação Necessária

1º 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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
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;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - CPF.
6. Cópia dos exames:
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Dosagem sérica – fosfatase alcalina;
 - Dosagem sérica – bilirrubinas;
 - Dosagem sérica - GGT (Gama Glutamiltransferase);
 - Dosagem sérica – colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – LDL;
 - Dosagem sérica – uréia;
 - Dosagem sérica – creatinina;
 - Glicemia de jejum;
 - Hemograma;
 - VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
 - Urina tipo I;
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos (apenas para crianças);
 - Fotografias da área acometida (demonstrar local e extensão)
7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação

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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).
3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil)
- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Fosfatase alcalina;
- Uréia;
- Bilirrubinas;
- GGT.

Anualmente:

- raioX mãos e punhos (crianças)
- Densitometria óssea (adultos com risco de osteopenia)

ACITRETINA – Psoríase

Alterado em 28/12/2019