

ACITRETINA – Ictioses Hereditárias

10 mg – comprimido e 25 mg – comprimido

Portaria SAS/MS nº 1162, de 18 de novembro de 2015 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q82.8

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 - colesterol total;
 - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – LDL;
 - Dosagem sérica – creatinina;
 - Dosagem sérica – uréia;
 - Dosagem sérica – fosfatase alcalina
 - Dosagem sérica – gama glutamiltransferase;
 - Dosagem sérica – bilirrubinas;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
 - Glicemia de jejum;
 - Urina tipo I.

Para crianças:

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

Para mulheres em idade fértil:

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

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. 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 dos exames:
 - Mensalmente:
 - › β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil).
 - Trimestralmente:
 - › 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);
 - › Glicemia de jejum.

ACITRETINA – Ictioses Hereditárias

Alterado em 12/06/2019