ACITRETINA

Ictioses Hereditárias

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 12, de 27 de julho de 2021 (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, Q82.8

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 de São Paulo com recurso federal

Observações: Conservar em temperatura de 2ºC a 8ºC; 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 à 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
   - 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;

     Equação de Friedewald: LDL = [(Colesterol total) – HDL] – (Triglicerídeos/5)

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

7. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
   (página 22 do protocolo)

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

   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.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.
Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – Declaração autorizadora;
II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
II – Número de telefone do representante.