ACITRETINA

Psoríase

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg e 25 mg – cápsula

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 de São Paulo com recurso federal

Observações: 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.

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

4. Anexos da Portaria nº 344/1998:
    - **Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar menores de 55 anos de idade** – Anexo XV;
    - Para pacientes de qualquer idade, excetos pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar menores de 55 anos – 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 – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – fosfatase alcalina, realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – bilirrubinas, realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica –GGT (Gama Glutamiltransferase), realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – triglicerídeos, realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – uréia, realizada nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – creatinina, realizada nos últimos 3 meses.
    - Dosagem sérica – Colesterol total, realizado nos últimos 3 meses.
    - Dosagem sérica - LDL (Low Density Lipoproteins), realizado nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – HDL (High Density Lipoprotein), realizado nos últimos 3 meses;
    - Dosagem sérica – glicose, realizado nos últimos 3 meses.
    - Hemograma completo, realizado nos últimos 3 meses.

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

- ß-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização.

Crianças:

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

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. (Página 42 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 (mensalmente).
   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..

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

4. Anexos da Portaria nº 344/1998:

   - Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar menores de 55 anos de idade – Anexo XV;
   - Para pacientes de qualquer idade, exceto os pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar menores de 55 anos – Anexo XVI.

5. Cópia de documentos pessoais do paciente
   - Documento de identidade e CPF;
   - 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)

Semestralmente:

- 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 – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Dosagem sérica – 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.

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.