

ACITRETINA

PSORÍASE

Portaria conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg e 25 mg – cápsula

CID 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 Sergipe com recurso federal

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C2)

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação:

1. [*Lauda de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*](#)

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

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.

Notificação de Receita Especial para retinóides (mensalmente).

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 pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar menores de 55 anos – [Anexo XVI](#).

Cópia de documentos pessoais do paciente

Documento de identidade e CPF;

Comprovante de residência com CEP;

Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Cópia dos exames:

Relatório médico descrevendo um dos critérios:

escore PASI (Psoriasis Area and Severity Index);

porcentagem de acometimento da superfície corporal;

DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico);

o 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; o 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 Glutamilttransferase), 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):
β-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](#).

[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.

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..

Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).

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](#).

Cópia de documentos pessoais do paciente

Documento de identidade e CPF;

Comprovante de residência com CEP;

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 – 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 ao Centro de Atenção de Saúde de Sergipe – CASE, farmácia de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Sergipe, para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer, 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 e comprovante de endereço com CEP;
- III – Número de telefone do representante.