

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 21/06/2023)**PCDT:** Acne Grave**CID 10:** L70.0; L70.1; L70.8**1. Medicamentos**

Isotretinoína 10 mg (por cápsula)
Isotretinoína 20 mg (por cápsula)

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento). |
|--|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;() Prescrição médica (Notificação para a compra de retinóides), com posologia para 1 (um) mês de tratamento;() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. |
|---|

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">() LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;() Prescrição médica (Notificação para a compra de retinóides), com posologia para 1 (um) mês de tratamento;() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios; |
|--|

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL E RENOVAÇÃO**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">() AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica TGO);() ALT (Transaminase Glutâm.-Oxalacética TGP);() Colesterol Total;() Triglicerídeos;() Glicemia de jejum;() Hemograma completo com Plaquetas;() Tempo de Protrombina - TP;() Beta HCG - Pacientes do sexo feminino em idade fértil com validade de 11 dias;() Laudo Oftalmológico informando se o paciente está apto para usar o medicamento; |
|--|

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: 83 99114-0673

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, receita de especial na cor branca e Cartão do Usuário.

5. Observações:

- 5.1. Tempo do tratamento preconizado para seis meses.
- 5.2. O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino em idade fértil, deverá ser apresentado mensalmente.
- 5.3. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.4. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
6. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº. 1159, de 18 de novembro de 2015 que aprova o Protocolo de uso da Isotretinoína no tratamento de **ACNE**.

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**