**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

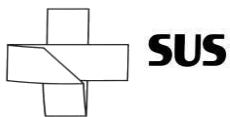


**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Ictioses Hereditárias**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:**

| SITUAÇÃO CLÍNICA<br>Medicamentos                                                              | ABERTURA PROCESSO<br>(1ª vez)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MONITORIZAÇÃO<br>(Renovação de Exames)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CID-10<br>Médico Especialista                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Acitretina 10mg e 25mg cáps.</b></p> | <p>- Fosfatase alcalina; Bilirrubinas;<br/>- Gama-GT; ALT/TGP e AST/TGO;<br/>- Colesterol Total; HDL; Triglicerídeos;<br/>- Uréia; Creatinina;<br/>- Glicose; Hemograma completo;<br/>- EAS;<br/>- Laudo de Radiografia de mãos e punhos para DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA em crianças.</p> <p><b>*Validade 90 dias.</b></p> <p>- βHcG para mulheres em idade fértil (validade 1 mês) ou documento médico que ateste a esterilização (sem validade);</p> | <p>- Colesterol total, HDL e triglicerídeos.<br/><b>Periodicidade:</b> Mensal, nos primeiros 3 meses de tratamento e, após, trimestral.</p> <p>- Hemograma, provas de função renal (creatinina), ALT/TGP e AST/TGO.<br/><b>Periodicidade:</b> Trimestral.</p> <p>Para <b>Crianças (até 19 anos)</b></p> <p>- Laudo de Radiografia de coluna cervical, de coluna lombar e de mãos e punhos p/ idade óssea.<br/><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> <p>- Densitometria óssea em maiores 60 anos.<br/><b>Periodicidade:</b> Anual.</p> | <p><b>L44.0</b><br/><b>Q80.0</b><br/><b>Q80.1</b><br/><b>Q80.2</b><br/><b>Q80.3</b><br/><b>Q80.8</b><br/><b>Q82.8</b></p> <p>Dermatologista</p> |



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
ACITRETINA.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **acitretina**, indicado para o tratamento das **ictioses**. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - melhora da descamação e redução das escamas, - maior elasticidade cutânea e - maior tolerância ao calor com tendência a melhora da sudorese. Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - medicamento contraindicado na gestação ou em mulheres planejando engravidar; - medicamento contraindicado em casos de alergia ao fármaco, à vitamina A e seus derivados; - os efeitos adversos incluem dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça, náusea, vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos, alteração do paladar, sensibilidade aumentada à luz solar, unhas quebradiças, prisão de ventre, diarreia, cansaço, aumento do suor e elevação do colesterol e triglicérides no sangue. Os efeitos mais raros incluem cheiro anormal e alergias na pele, inflamação da garganta, inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite); - o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei sendo atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

|                                                                  |      |       |  |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|--|
| Local:                                                           |      | Data: |  |
| Nome do paciente:                                                |      |       |  |
| Cartão Nacional de Saúde:                                        |      |       |  |
| Nome do responsável legal:                                       |      |       |  |
| Documento de identificação do responsável legal:                 |      |       |  |
| _____<br><b>Assinatura do paciente ou do responsável legal</b>   |      |       |  |
| Médico Responsável:                                              | CRM: | UF:   |  |
| _____<br><b>Assinatura e carimbo do médico</b><br>Data: __/__/__ |      |       |  |



## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES\*  2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*  5-Peso do paciente\*  kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*  6-Altura do paciente\*  cm

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7- Medicamento(s)*   | 8- Quantidade solicitada* |        |        |
|---|---|---|---|---|----------------------|---------------------------|--------|--------|
|   |   |   |   |   |                      | 1º mês                    | 2º mês | 3º mês |
|   |   |   |   |   | <input type="text"/> |                           |        |        |
|   |   |   |   |   | <input type="text"/> |                           |        |        |
|   |   |   |   |   | <input type="text"/> |                           |        |        |
|   |   |   |   |   | <input type="text"/> |                           |        |        |
|   |   |   |   |   | <input type="text"/> |                           |        |        |

9- CID-10\*  10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*  17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*  16- Data da solicitação\*  Hoje

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome:  e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*

Branca  Amarela

Preta  Indígena. Informar Etnia:

Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

22- Correio eletrônico do paciente

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO