

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 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Notificação de Receita Especial para retinóides (mensalmente).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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 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 Area 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.

ACITRETINA – PSORÍASE (Atualizado em 20/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.

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 30 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 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);

ACITRETINA – PSORÍASE (Atualizado em 20/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- 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.