

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Ictioses Hereditárias

CID-10: Q80.0 | Q80.1 | Q80.2 | Q80.3 | Q80.8 | Q80.9

1. Medicamentos Disponíveis:

- Acitretina 10 mg e 25mg (cápsula)

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- () Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- () Anexo: Laudo padrão
- () Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e descrição de ocorrência de infecções de repetição típicas de Imunodeficiência Primária com predominância de defeitos de anticorpos
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

2.3 Exames Obrigatórios (cópia):

Para Solicitação inicial:

- ☐ Cópia de teste genético molecular conforme PCDT (Quadro 2)
- ☐ Cópia do exame da atividade da arilsulfatase C (em caso de suspeita de ictiose ligada ao cromossomo X)
- Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Direta
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Indireta
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Bilirrubina Total
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total
- ☐ Cópia do exame de dosagem de glicemia em jejum (facultativo)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de HDL (Colesterol)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de triglicerídeos.
- ☐ Cópia do exame de dosagem sérica de vitamina D (para pacientes com fatores de risco para Ictioses Hereditárias)
- ☐ Cópia do exame dosagem da atividade da enzima da beta-glicosidase (no caso de bebês colóidios)
- ☐ Cópia do exame histopatológico da pele
- ☐ Cópia do laudo de ultrassonografia transfontanela e abdominal (em quadros possivelmente associados a síndromes malformativas)
- ☐ Cópia do laudo do exame radiológico da coluna cervical e lombar, ossos longos, mãos e punhos para idade óssea para crianças
- ☐ Cópia do laudo radiológico de pacientes adultos sintomáticos
- ☐ Cópia do Beta HCG - para mulheres em **idade fértil (9 a 49 anos)**

Renovação a cada 6 meses:

- ☐ Cópia do exame de Colesterol total
- ☐ Cópia do exame de HDL
- ☐ Cópia do exame de Triglicerídeos
- ☐ Cópia do exame de Glicemia
- ☐ Cópia do exame de AST (TGO)
- ☐ Cópia do exame de ALT (TGP)
- ☐ Cópia do exame de dosagem de Vitamina D
- ☐ Cópia do Beta HCG - para mulheres em **idade fértil (9 a 49 anos)**

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.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **Especialidade de Dermatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**.

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente.

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria SAS/MS nº. 12, de 27 de julho de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento das **Ictioses Hereditárias**.

5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

5.5. Cópia do Beta HCG mensalmente - para mulheres em idade fértil (9 a 49 anos)

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**