

**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:** Acne Grave

**CID-10:** L70.0 | L70.1 | L70.8

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Isotretinoína 10 mg e 20 mg (por 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):**

| <b>Solicitação Inicial:</b>                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) <b>LME</b> - 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 mês de tratamento + TERMO                         |
| ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios                                                              |
| ( ) <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b>                                                                                   |

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

**Renovação (a cada seis meses):**

- 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 mês de tratamento + TERMO
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

**2.1 Exames Obrigatórios (Cópia):**

**Para Solicitação Inicial e Renovação:**

- ( ) AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica TGO)
- ( ) ALT (Transaminase Glutâmico-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 (9 a 49 anos)**
- ( ) **Laudo Oftalmológico informando se o paciente está apto para usar o medicamento**

O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou 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 correspondente à patologia e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

**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:**

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

5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**.

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

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

5.4. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, e Portaria nº 1159, de 18/11/2015, **que aprova o protocolo de uso da isotretinoína no tratamento da acne**.

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

## **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**