

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(última revisão: 30/06/2023)**PCDT: OUTRAS MALFORMAÇÕES DE PELE**  
**CID 10: Q82.8****1. Medicamentos**Acitretina 10 mg, cápsula;  
Acitretina 25 mg, cápsula;**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais:**

- ✓ 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**

- LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**, *descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico*;
- 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;
- Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- Laudo Médico**, *descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico*.

**2.3 Exames Obrigatórios:**

<b>SOLICITAÇÃO INICIAL</b>	<b>RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Beta HCG - sexo feminino em idade fértil.</li><li><input type="checkbox"/> AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);</li><li><input type="checkbox"/> ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);</li><li><input type="checkbox"/> Triglicerídeos;</li><li><input type="checkbox"/> Creatinina Sérica;</li><li><input type="checkbox"/> Ureia Sérica;</li><li><input type="checkbox"/> Colesterol total e frações;</li><li><input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina;</li><li><input type="checkbox"/> Bilirrubina;</li><li><input type="checkbox"/> Gama GT;</li><li><input type="checkbox"/> Sumário de urina;</li><li><input type="checkbox"/> Glicose.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Colesterol total</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de HDL</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Triglicerídeos</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Glicemia</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de AST (TGO)</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de ALT (TGP)</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do exame de Vitamina D</li></ul>

Os resultados dos exames garantem uma correta avaliação de como o medicamento está agindo 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 de Dermatologia**, 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, Cartão Nacional de Saúde, receita médica atualizada e Cartão do Usuário.

### **5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
2. 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;
3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013.

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