

ISOTRETINOINA

Acne Grave

Portaria SAS/MS nº 1159, de 18 de novembro de 2015 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg e 20 mg – cápsula

CIDs contemplados: L70.0, L70.1, L70.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 10 mg – 620 cápsula / 20 mg – 310 cápsula

- Para faturamento (SIGTAP): 10 mg – 620 cápsula / 20 mg – 310 cápsula

Grupo de financiamento: 2

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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Notificação de Receita Especial para Retinóides.
4. Anexos da Portaria CVS nº 23, de 29 de novembro de 2003::
 - Para pacientes do sexo feminino em idade fértil – [Anexo I](#);
 - Para todos os pacientes – [Anexo II](#).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

5. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

6. Cópia dos exames:
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
 - Dosagem sérica – colesterol total e frações;
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

7. [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 (trimestralmente).

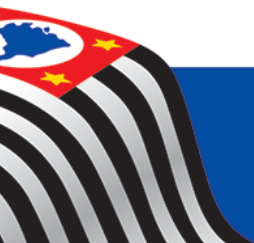
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).

3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).

4. Anexos da Portaria CVS nº 23, de 29 de novembro de 2003:
 - Para pacientes do sexto feminino em idade fértil – [Anexo I](#);
 - Para todos os pacientes – [Anexo II](#).

5. Cópia dos exames:
Mensalmente:
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil).
Ao final do 1º mês e a cada 3 meses (após a 1º renovação):
 - Dosagem sérica – colesterol total e frações;
 - Dosagem sérica – triglicerídeos;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

ISOTRETINOINA – ACNE GRAVE (Atualizado em 25/10/2017)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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 e comprovante de endereço com CEP;

II – Número de telefone do representante.

ISOTRETINOINA – ACNE GRAVE (Atualizado em 25/10/2017)