



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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão:01/05/2026)

PCDT: Ictioses Hereditárias

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

1. Medicamentos Disponíveis:

- Acitretina 10mg e 25mg (cápsula)

2. Documentos Necessários:

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

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 e Adequação:

- 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

Exames Obrigatórios (cópia):

Para Solicitação inicial:

- () Cópia de teste genético molecular conforme PCDT (Quadro2)
- () 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 de 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**

Renovação e Adequação

- () 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**

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 nº344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

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

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

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**.

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

Cópia do Beta HCG **mensalmente**-para mulheres em **idade fértil**.

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**