



**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 colódios)
- ( ) Cópia do exame histopatológico da pele
- ( ) Cópia do laudo de ultrassonografia transfontanelar 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 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**

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.**

**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**