



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
ICTIOSES HEREDITÁRIAS – CID: Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q80.9**

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (NOTIFICAÇÃO DE RECEITA E TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO);
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES/EXAMES

LAUDO (Todos os medicamentos):

- LAUDO MÉDICO DETALHADO DE DERMATOLOGISTA COM DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, SINAIS E SINTOMAS DO PACIENTE E O TRATAMENTOS PRÉVIOS UTILIZADOS.

EXAMES OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL. 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALANINA AMINOTRANSFERASE - ALT (GLUTÂMICO PIRÚVICA - TGP) (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE - AST (GLUTÂMICO OXALOACÉTICA - TGO) (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS (VAL. 180 DIAS);

E

- CÓPIA DO TESTE GENÉTICO MOLECULAR CONFORME PCDT (QUADRO 2) **OU**
- CÓPIA DO EXAME DE ATIVIDADE DA ARILSULFATASE C (EM CASO DE SUSPEITA DE ICTIOSE LIGADA AO CROMOSSOMO X) **OU**
- CÓPIA DO EXAME DOSAGEM DA ATIVIDADE DA ENZIMA DA BETA-GLICOSIDASE (NO CASO DE BEBÊS COLÓDIOS) **OU**
- CÓPIA DO LAUDO DE BIÓPSIA DE PELE

EXAMES (QUE PODEM SER SOLICITADOS DE ACORDO COM O CRITÉRIO DO PCDT EM QUE O PACIENTE SE ENQUADRAR):

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE BILIRRUBINA DIRETA, INDIRETA E TOTAL
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE GLICOSE DE JEJUM
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE HDL (COLESTEROL)
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM SÉRICA DE VITAMINA D
- CÓPIA DO LAUDO DE AVALIAÇÃO DE IDADE ÓSSEA PARA CRIANÇAS
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA E ABDOMINAL
- CÓPIA DO LAUDO RADIOLÓGICO DE PACIENTES ADULTOS SINTOMÁTICOS

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
ACITRETINA E POMADA DE ÁCIDO SALICÍLICO.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da acitretina e da pomada de ácido salicílico, indicadas para o tratamento das ictioses hereditárias.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber podem trazer os seguintes benefícios:

- melhora da descamação e redução das escamas da pele;
- maior elasticidade cutânea; e
- maior tolerância ao calor com tendência a melhora da sudorese.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Acitretina:

- medicamento contraindicado na gestação ou para mulheres que planejam engravidar e em casos de alergia ao fármaco e à vitamina A e seus derivados;

- os efeitos adversos incluem dores musculares (mialgias), dores nas articulações (artralgias), dor de cabeça (cefaleia), tontura, náusea, vômitos, dor abdominal, constipação intestinal (prisão-de-ventre), diarreia, secura e inflamação das mucosas (estomatite, no caso da mucosa bucal; queilite, no caso dos lábios), pele seca (xerose), vermelhidão da pele (eritema), coceira (prurido), descamação cutânea, fragilidade cutânea, dermatite (inflamação da pele que gera vermelhidão e coceira), perda de cabelo e pelos (alopecia), alteração na textura do cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos (xerofthalmia), cegueira noturna, alteração do paladar (disgeusia), sensibilidade aumentada à luz solar (fotofobia), unhas quebradiças, inflamação da pele em torno da unha (paroníquia), cansaço, sudorese (aumento do suor), edema periférico, crescimento excessivo de um osso (hiperostose), osteoporose, encurtamento de espaços entre as vértebras, calcificação de tendões e ligamentos, adelgaçamento de ossos longos, reabsorção óssea, fechamento precoce das epífises (extremos de um osso longo) e retardo no crescimento em crianças, sensação de dormência ou formigamento em parte ou partes do corpo (parestesias), elevação do colesterol e triglicérides (hiperlipidemia). Os efeitos mais raros incluem cheiro anormal da pele, alergias na pele,

inflamação da garganta, *pseudotumor cerebri*(hipertensão intracraniana, mais comum quando associado a tetraciclinas), inflamação do pâncreas (pancreatite), alterações de provas de função hepática e inflamação do fígado (hepatite); e

- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Pomada de ácido salicílico:

- medicamento contraindicado para crianças com menos de 2 anos de idade e para indivíduos com hipersensibilidade a salicilatos;

- medicamento indicado para aplicação sobre feridas ou inflamações cutâneas;

- os efeitos adversos incluem irritação local, dermatite, ressecamento da pele, queimadura, ardor, prurido e salicilismo;

- o salicilismo é o envenenamento por salicilato, que pode também se dar pela absorção transcutânea do ácido salicílico, sendo geralmente observado após a aplicação excessiva da pomada, particularmente em crianças; e

- o envenenamento por salicilato pode causar vômitos, zumbido, confusão mental, hipertermia (febre), desequilíbrios eletrolíticos (alcalose respiratória e acidose metabólica) e insuficiência de múltiplos órgãos.

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

O meu tratamento constará de do(s) seguinte(s) medicamento(s):

() Pomada de ácido salicílico

() Acitetrina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:_____		

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica no SUS se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS
(nome do paciente ou responsável)

nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,

autorizo o (a) Sr(a). _____

(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na _____

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade
do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável**: _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);