

## ACITRETINA

### Ictioses Hereditárias

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 12, de 27 de julho de 2021 [Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#)

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 10 mg – comprimido e 25 mg – comprimido

**CIDs contemplados:** Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q80.9

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 10 mg – 217 comprimidos / 25 mg – 93 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 10 mg – 217 comprimidos / 25 mg – 93 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 1B – Aquisição pelo Estado de São Paulo com recurso federal

**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.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e à 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

ACITRETINA – ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Atualizada em 03/09/2025)

3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).
4. Anexos da Portaria nº 344/1998:
  - Para pacientes do sexo feminino menores de 55 anos de idade – [Anexo XV](#);
  - Para pacientes do sexo feminino maiores de 55 anos de idade E para pacientes do sexo masculino de qualquer idade – [Anexo XVI](#).
5. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identificação valido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
6. Cópia dos exames:
  - Dosagem sérica - colesterol total;
  - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
  - Dosagem sérica – triglicerídeos;
  - Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$
  - Dosagem sérica – creatinina;
  - Dosagem sérica – uréia;
  - Dosagem sérica – fosfatase alcalina
  - Dosagem sérica – gama glutamiltransferase;
  - Dosagem sérica – bilirrubinas;
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
  - Glicemia de jejum;
  - Urina tipo I.

Para crianças:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar:

- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização.

ACITRETINA – ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Atualizada em 03/09/2025)

7. Não é necessário apresentar o [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 (semestralmente).  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).  
ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas à somente uma dispensação e a 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.
3. Notificação de Receita Especial para Retinóides (mensalmente).
4. Anexos da Portaria nº 344/1998:
  - Para pacientes do sexo feminino menores de 55 anos de idade – [Anexo XV](#);
  - Para pacientes do sexo feminino maiores de 55 anos de idade E para pacientes do sexo masculino de qualquer idade – [Anexo XVI](#).
5. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Documento de identificação valido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses.
6. Cópia dos exames:  
Mensalmente:
  - $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar).  
Trimestralmente:
  - Dosagem sérica – colesterol total;
  - Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);  
ACITRETINA – ICTIOSES HEREDITÁRIAS (Atualizada em 03/09/2025)

- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Glicemia de jejum.

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;
- II – Número de telefone do representante.