

Guia de Orientação ao Usuário

Acne Grave

PCDT / CID 10: L70.0; L70.1; L70.8

1. Medicamentos

Isotetrinoína 10 mg, cápsula;
Isotetrinoína 20 mg, cápsula;

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- () Carteira de Identidade – RG
- () Cadastro de Pessoa Física – CPF
- () Cartão Nacional de Saúde – CNS
- () Comprovante de Residência (*Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência*)
- () Declaração Autorizadora, *caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos*

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> () LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização De Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento. () Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> () LME – Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; () Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento;

2.3. Exames

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> () AST (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () ALT (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () Colesterol Total e frações; () Triglicerídeos; () Beta HCG (pacientes do sexo feminino em idade fértil) <p>15 DIAS DE VALIDADE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () Triglicerídeos; () Beta HCG, pacientes do sexo feminino em idade fértil, apresentar mensalmente; () Colesterol total e frações.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. Tempo do tratamento preconizado para seis meses.
2. O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino em idade fértil, deverá ser apresentado mensalmente (*com validade inferior a 15 dias*).
3. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias úteis;
4. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
5. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
6. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº 1159, de 11/2015 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Acne Grave.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO 07:30hs às 16:30hs. Segunda a sexta	CENTRAL TELEFÔNICA 3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs.	PORTAL SESAU/LINK CEAF http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmaceutica/guias-de-orientacao/
--	---	--

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ISOTRETINOÍNA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento isotretinoína, indicado para o tratamento da acne grave.

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 medicamento que passo a receber pode trazer o seguinte benefício:
- melhora da pele.

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

- medicamento contraindicado na gestação ou em mulheres que planejam engravidar;
- medicamento contraindicado em casos de alergia ao fármaco, à vitamina A e a seus derivados;
- os efeitos adversos incluem pele e mucosas (boca, nariz, vagina) secas, coceiras na pele, rouquidão, ressecamento e problemas nos olhos (p. ex.: conjuntivite, catarata), queda ou aumento do crescimento dos cabelos, dores musculares, dores nas juntas, dores de cabeça, zumbido no ouvido, náusea, vômitos, diarreia, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, aumento ou diminuição das plaquetas (células da coagulação), aumento dos triglicerídeos ou do colesterol, aumento do ácido úrico no sangue, aumento da possibilidade de infecções. Os efeitos mais raros incluem inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite);
- pode ocorrer uma piora da acne nas primeiras semanas do tratamento;
- pacientes com problemas depressivos devem ser cuidadosamente acompanhados em caso de piora do quadro;
- recomenda-se a utilização de cremes com fator de proteção solar, visto que o sol pode provocar o aparecimento de reações na pele;
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Mulheres em idade fértil devem se comprometer a adotar todas as medidas contidas neste documento, incluindo cuidados a serem tomados antes, durante e após o término do tratamento e declara que:

- realizei teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta a gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual). Data do teste: Resultado: (anexar cópia do exame);

- fui orientada a aguardar o início da próxima menstruação para começar o tratamento no segundo ou terceiro dia do ciclo menstrual;

- fui orientada a utilizar método anticoncepcional altamente eficaz. Método em uso:

Data de início:

- fui orientada a comunicar ao médico a ocorrência de qualquer reação adversa, problema ou dúvida quanto ao método anticoncepcional;

- caso venha a engravidar, comprometo-me a parar imediatamente o tratamento e comunicar ao médico.

Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

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

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

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

 1- Nome do Paciente _____ 2- CNS _____

 3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____ 4- CNES _____

	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

 7- Diagnóstico _____ 8- CID-10 Principal _____ 9- CID-10 Secundário _____

 10- Anamnese _____

 11- Alterações laboratoriais significativas _____

 12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

 NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

 14- Nome do médico solicitante _____ 15- Data da solicitação _____ 16- Assinatura e carimbo do médico _____

 18- Documento CPF CNS _____ 17- Nº documento _____

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

 19- Data de nascimento _____ 20- Altura (m) _____ 21- Peso (Kg) _____ 22- Sexo Masc Fem _____ 23- Município de residência/UF _____

 24- Endereço _____

 25- Telefone de contato _____ 26- Nome da mãe ou responsável _____

 27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____ 28- Data preenchimento _____ 31- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

 29- Documento CPF CNS _____ 30- Nº documento _____

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA****DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____, emitido pela _____ e do Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, **AUTORIZO** Nº CNS
_____, portador do documento de identidade Nome completo do representante
nº _____, emitido pela _____, domiciliado no endereço Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida, Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão, nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante

* Para cadastro do representante, deverá ser apresentada a cópia do documento de identidade do representante.