



RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO P/SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS P/:

ICTIOSE VULGAR () CID Q80.0 **ICTIOSE LIGADA AO CROM. X () CID Q80.1**
ICTIOSE LAMELAR () CID Q80.2 **ERITRODERMIA ICTIOSIFORME BOLHOSA**
CONGÊNITA() CID Q 80.3 **OUTRAS ICTIOSES CONGÊNITAS() CID Q 80.8**

Medicamento: ACITRETINA CAPS 10 mg() ACITRETINA CAPS 25 mg ()

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Sexo: Masc.() Fem.()
Data de Nascimento: / /	Peso: kg CARTÃO SUS: _____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Quadro clínico: _____

Idade de início dos sintomas: _____

Laudo da biopsia de pele (se houver): _____

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Gravidez : Sim() Não ()

Amamentação: Sim() Não ()

Doença renal grave: Sim() Não ()

Hipertrigliceridemia > 800 mg/dl : Sim() Não ()

Hipersensibilidade ao etretinato, acitretina, isotretinoína, vit. A , parabenos e derivados : Sim() Não ()

Uso concomitante de tetraciclina : Sim() Não ()

Ictiose adquirida : Sim() Não ()

4. AVALIAÇÃO PRÉ-TERAPÊUTICA:

Transaminases: Normais() Alteradas() Se alteradas informar valores: _____

Fosfatase alcalina: Normal() Alterada() Se alterada informar valor: _____

Bilirrubinas: Normais() Alteradas() Se alteradas informar valores: _____

Lipidograma: : Normal() Alterado() Se alterado informar valor: _____

Função renal: Normal() Alterada() Se alterada informar valores: _____

Glicemia jejum: Normal() Alterada() Se alterada informar valor: _____

Beta HCG: negativo() justificativa para não realizar: _____

Exame parcial de urina: Normal() Alterado() Se alterado informar alteração: _____

Rx de mão e punhos para idade óssea Normal() Alterado()

5. MONITORIZAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS*(APENAS PARA RENOVAÇÃO):

Triglicerídeos Normais() Alterados() Se alterado informar valores: _____

Lipidograma: Normal() Alterado() Se alterado informar valores: _____

Transaminases: Normais() Alteradas() Se alteradas informar valores: _____

Controle da curva de crescimento de crianças: Normal()

Médico Solicitante _____ CRM _____ UF _____

Assinatura e Carimbo: _____ Data: ____/____/____

PREENCHIMENTO COMPLETO DOS CAMPOS DE 1 a 4 PARA 1ª SOLICITAÇÃO

*** PREENCHIMENTO DO CAMPO 5 APENAS PARA RENOVAÇÃO**

Referência: Portaria SAS/MS nº 1162, de 18 de novembro de 2015.revoga a Portaria nº 13/SAS/MS, de 15 de janeiro de 2010.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescritor.

CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR

Av. Prof. Lothário Meissner, 350 - Jardim Botânico - Curitiba/PR - CEP 80.210-170

Fone (41) 3360-6700 Fax (41) 3360-6703

