

## Ficha Farmacoterapêutica

### Ictioses Hereditárias

#### 1 DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Feminino DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_  
 Médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_

#### 2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Qual o tipo de ictiose? (coletar informação no LME)

- Ictiose lamelar  
 Eritrodermia ictiosiforme congênita  
 Eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita  
 Ictiose vulgar  
 Ictiose ligada ao cromossomo X

2.2 Possui outras doenças diagnosticadas?

- não  
 sim → Quais? \_\_\_\_\_  
 (se doença renal ou hepática grave, hipertrigliceridemia grave (triglicerídios > 800 mg/dl), história de hipervitaminose A → critério de exclusão para uso de acitretina: reavaliar solicitação do medicamento)

2.3 Está grávida ou amamentando?  não  sim → critério de exclusão para uso de acitretina

2.4 Faz uso crônico de bebidas alcoólicas?  não  sim → critério de exclusão para uso de acitretina

2.5 Faz uso ocasional de bebidas alcoólicas?  não  sim → orientar sobre o risco de ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento

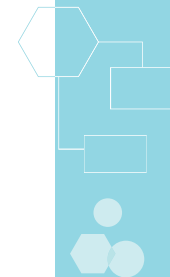
2.6 Faz uso de outros medicamentos\*?  não  sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

\* Risco de hipertensão intracraniana com o uso concomitante de tetraciclina; risco de hepatite com o uso concomitante de metotrexato; risco de hipervitaminose A com o uso concomitante de vitamina A e outros retinoides; interação com fenitoína (reduz parcialmente a ligação proteica da fenitoína)

2.7 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

- não  
 sim → Quais? A que medicamentos? \_\_\_\_\_



### 3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

#### Registro dos Exames Laboratoriais

Exames	Inicial	1º mês		2º mês		3º mês	6º mês	9º mês	12º mês
Previsão de data									
Data									
Colesterol total									
HDL									
Triglicerídios									
Hemoglobina		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
Leucócitos		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
Neutrófilos		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
Creatinina		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
ALT/TGP		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
AST/TGO		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				

#### 3.1 Apresentou triglicerídios > 800 mg/dl?

não → Dispensar

sim → Não dispensar e encaminhar ao médico assistente (o medicamento deve ser interrompido pelo risco de pancreatite)

#### 3.2 Apresentou ALT/TGP e AST/TGO alterados?

não → Dispensar

sim → Observar os valores apresentados:

- se exceder 2 vezes o limite normal: aumentar a frequência das dosagens → dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente
- se exceder 3 vezes o limite: considerar a redução da dose → dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente
- se exceder 5 vezes o limite normal: suspender a acitretina → não dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente

#### Registro do Exame Radiológico Anual – Crianças (até 18 anos)

	Normal	Alterado (descrever)
Coluna cervical		
Coluna lombar		
Braços		
Pernas		
Mãos		
Punhos		

#### 3.3 Apresentou alteração ao exame radiológico?

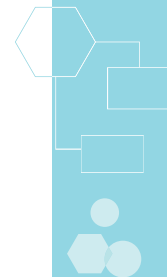
não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar ao médico assistente

**Para adultos com alto risco para osteoporose** (ver PCDT de Osteoporose) ou idade > 60 anos : realizar densitometria óssea anualmente







### TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Peso (kg) – p/criança						
Altura (cm) – p/criança						
Dose prescrita*						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação: (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Peso (kg) – p/criança						
Altura (cm) – p/criança						
Dose prescrita*						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação: (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

\* Em crianças, a dose é ajustada conforme o peso corporal. Se a dose prescrita não estiver adequada, dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente.



## Guia de Orientação ao Paciente Acitretina

ESTE É UM GUIA SOBRE O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS. SEGUINDO SUAS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

O MEDICAMENTO É UTILIZADO NO TRATAMENTO DE **ICTIOSES**.

### 1 DOENÇA

- Ictioses (doença da escama de peixe) são doenças que causam descamação e secura da pele e podem aparecer por todo o corpo. Também podem ocorrer calor mais intenso e aumento do suor.

### 2 MEDICAMENTO

- Este medicamento não cura a doença, mas melhora os sintomas, como descamação da pele, e proporciona maior tolerância ao calor e diminuição do suor.
- A melhora dos sintomas começa a aparecer com 10-16 semanas a partir do início do uso do medicamento.

### 3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).
- Conserve as cápsulas na embalagem original.

### 4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome as cápsulas (sem mastigar ou abrir) junto às refeições ou com um copo de leite.
- Procure tomar sempre no mesmo horário estabelecido no início do tratamento.
- Tome exatamente a dose que o médico indicou.

### 5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

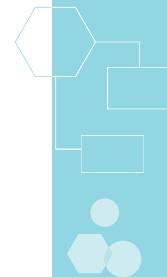
- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como secura nos lábios, boca seca, descamação da palma das mãos e planta dos pés, vermelhidão nos olhos, rachaduras na pele, ressecamento da pele, coceira, queda de cabelo, unhas quebradiças, dor de cabeça, alteração da visão, dor nas juntas, enjoos.
- Se a dor de cabeça for muito forte, com alteração da visão e enjoo, comunique-se com o médico ou farmacêutico imediatamente.
- Se sentir algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com o médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo seu médico.

### 6 MULHERES EM IDADE FÉRTIL

- Acitretina não pode ser usada durante a gravidez, pois há risco de que o bebê nasça com problemas físicos e/ou mentais. Portanto, é muito importante que a gravidez seja evitada nesse momento. Antes do início do tratamento, procure o ginecologista para o uso correto de métodos contraceptivos.
- Mesmo após o fim do tratamento com acitretina, é proibido engravidar por até 3 anos.
- Antes de começar o tratamento, faça o teste de gravidez.

### 7 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde. Existem medicamentos que não podem ser utilizados junto com acitretina, pois podem ser perigosos à saúde.
- Até mesmo complexos de vitaminas (que contenham vitamina A) comprados em farmácia não devem ser utilizados.



## 8 REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre a ação do medicamento no seu organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até suspender o tratamento.

## 9 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Como pode ocorrer secura dos olhos, não se deve usar lentes de contato.
- Não doe sangue durante o tratamento e até 3 anos após o término.
- Não indique ou forneça o medicamento para qualquer outra pessoa.
- Evite o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento.
- Evite dirigir ou operar máquinas pelo menos no início do tratamento, pois podem ocorrer problemas de visão e tonturas. Durante a noite, a visão pode ficar ainda mais prejudicada.

## 10 PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:
  - Receita médica atual
  - Cartão Nacional de Saúde ou RG
  - Exames de laboratório: Colesterol total, HDL, triglicerídios: a cada mês nos primeiros 3 meses e após a cada 3 meses; hemograma, creatinina, ALT/TGP e AST/TGO: a cada 3 meses; RX de ossos longos para crianças e densitometria para adultos > 60 anos: anualmente

## 11 EM CASO DE DÚVIDA

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico do SUS.

## 12 OUTRAS INFORMAÇÕES

---

---

---

---

---

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,  
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.

