



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE ACNE GRAVE**
PORTARIA SCTIE/MS nº 1159, de 18 de novembro de 2015



Declaro, para os devidos fins de solicitação do medicamento **Isotretinoína**, que a(o) usuária(o) _____, _____ anos, sexo _____, preenche os critérios de inclusão abaixo:

É obrigatório o preenchimento do item, do nº 1, além do item 2, caso paciente do sexo feminino em idade fértil e item 3 para o usuária(o) menor de 15 anos, como critério de inclusão do PCDT/MS:

1. Para inclusão da isotretinoína no tratamento da acne grave (nova solicitação), o médico assistente deve **relatar o nome do antibiótico** e o **tempo da antibioticoterapia** sistêmica realizada pelo usuário (pelo menos 2 meses):

1.1. Para um segundo período de tratamento com isotretinoína, após 2 meses (60 dias) do término do anterior, o médico deve justificar a necessidade de retratamento:

2. Para os casos de paciente do sexo feminino em idade fértil:

() Asseguro que a usuária não apresenta nenhum dos critérios de exclusão listados abaixo:

- Está em período de gestação;
- Está amamentando;
- Exame de Beta HCG não atualizado (últimos 30 dias) ou o resultado “indeterminado” no parâmetro laboratorial.

3. Para paciente menor de **15 anos**, o médico deve informar sobre o acompanhamento e a cautela especial, se responsabilizando e dando ciência, pela indicação de Isotretinoína para a faixa etária do (a) usuário:

Assumo a integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data de preenchimento: ____/____/____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data