



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO**  
**(ACNE)**

**DOCUMENTOS**

- LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- DECLARAÇÃO AUTORIZADORA (PARA TERCEIROS)
- RECEITA MÉDICA
- TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
- RELATÓRIO MÉDICO LEGÍVEL CONSTANDO:
- DATA
  - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO E PACIENTE
  - DIAGNÓSTICO
  - INDICAÇÃO DE MEDICAMENTO E TEMPO DE TRATAMENTO
  - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA
  - TRATAMENTOS PRÉVIOS E OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

**EXAMES**

- COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES
- TRIGLICÉRIDES
- TRANSAMINASES HEPÁTICAS
- BETA HCG (PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL)

DATA

\_\_/\_\_/\_\_

LOCAL

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de autorização eu,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(NOME COMPLETO) (NACIONALIDADE)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(ESTADO CIVIL) (PROFISSÃO)

portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF

nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP \_\_\_\_\_, telefone ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ autorizo

\_\_\_\_\_,  
(NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(NACIONALIDADE) (ESTADO CIVIL) (PROFISSÃO)

portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF

nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(ENDEREÇO COMPLETO)

CEP \_\_\_\_\_, telefone ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_, a representar-

me junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica da

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em todo procedimento

de obtenção do medicamento \_\_\_\_\_  
(NOME DO MEDICAMENTO)

\_\_\_\_\_, inclusive o seu recebimento, se for o caso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(NOME DA LOCALIDADE)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE



<b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Isotretinoína</b>
---

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 a seguinte melhora:

- melhora da pele;

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- contraindicado na gestação ou em mulheres planejando engravidar;
- contraindicado em casos de alergia ao fármaco, à vitamina A e seus derivados;
- efeitos adversos - pele e mucosas (boca, nariz, vagina) secas, coceiras na pele, rouquidão, ressecamento e problemas nos olhos (por ex. conjuntivite, catarata), queda de cabelo, pelos - aumento do crescimento dos pelos, dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça, zumbido no ouvido, náuseas, 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).
- possibilidade de ocorrência de 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.

Estou ciente de que este 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 ser atendido, inclusive em caso de 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.

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome de 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 (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.