

## Ficha Farmacoterapêutica Acne Grave

### 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 Tem o paciente mais 15 anos de idade?  
 não → Não dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente  
 sim → Dispensar
- 2.2 Qual o diagnóstico clínico? (coletar esta informação no LME)  
 Acne comedônica (grau I) → critério de exclusão para uso de isotretinoína. Reavaliar solicitação do medicamento  
 Acne papulopustulosa (grau II) → critério de exclusão para uso de isotretinoína. Reavaliar solicitação do medicamento  
 Acne nodulocística grave  
 Acne conglobata  
 Outras variantes graves de acne → Quais? \_\_\_\_\_
- 2.3 Já usou antibióticos por pelo menos 2 meses?  
 não → critério de exclusão para uso de isotretinoína. Primeira opção de tratamento deve ser com antibióticos sistêmicos  
 sim → Quais? \_\_\_\_\_
- 2.4 Apresentou teste de gravidez ( $\beta$ -hCG) negativo?  
 não → Não dispensar e encaminhar a paciente ao médico assistente  
 sim → Dispensar
- 2.5 Faz uso de métodos anticoncepcionais?  
 não → Não dispensar temporariamente e encaminhar a paciente ao atendimento ginecológico  
 sim → Dispensar. Quais? \_\_\_\_\_
- 2.6 Possui outras doenças diagnosticadas?  
 não  
 sim → Quais? \_\_\_\_\_

(Se dislipidemia (colesterol > 300 mg/dl e triglicerídios > 500 mg/dl), não dispensar e encaminhar o paciente para tratamento prévio. Se insuficiência hepática, não dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente)

2.7 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 interação da isotretinoína com tetraciclina, minociclina e carbamazepina; o uso de vitamina A potencializa os efeitos tóxicos da isotretinoína → orientar o paciente quanto ao risco do uso de complexos vitamínicos que contenham a vitamina.

## 2.8 Faz uso de bebidas alcoólicas?

 não

sim → Com que frequência? \_\_\_\_\_  
(Desaconselhar o uso durante o tratamento – efeito dissulfiram)

## 2.9 Faz uso de lentes de contato?

 não

sim → Desaconselhar o uso durante o tratamento  
(Informar sobre risco de ressecamento de mucosas)

## 2.10 Apresentou reações alérgicas a medicamentos?

 não

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

### 3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

#### Exames Laboratoriais

	Inicial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data prevista							
Data							
Colesterol			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
HDL			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
LDL			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
Triglicerídios			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
AST			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
ALT			XXXXX	XXXXX		XXXXX	XXXXX
β-hCG							

## 3.1 Apresentou exames com valores alterados?

não → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente

sim → Dispensar

## 3.2 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher a Tabela Registro de Eventos Adversos)

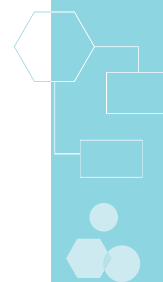
não → Dispensar

sim → Passar para a pergunta 3.3

## 3.3 Precisa de avaliação do médico assistente com relação ao evento adverso?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente



**TABELA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS**

Data da entrevista	Evento adverso	*Intensidade	‡Condução

**Principais reações adversas já relatadas:** pele e mucosas (boca, nariz, vagina) secas, prurido na pele, rouquidão, ressecamento e problemas nos olhos (por exemplo, conjuntivite, catarata), queda de cabelo ou aumento do crescimento dos pelos, mialgias, artralhias, cefaleia, zumbido no ouvido, náuseas, vômitos, diarreia, icterícia, infecções

\* **Intensidade:** (L) leve; (M) moderada; (A) acentuada

‡ **Condução:** (F) farmacológica (indicação de medicamento de venda livre); (NF) não farmacológica (nutrição, ingestão de água, exercício, outros); (EM) encaminhamento ao médico assistente; (OU) outro (descrever)

**TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO**

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