

- () 2.4 Paciente possui trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau;
 () 2.5 Paciente possui trombofilia de alto risco sem história pessoal ou familiar de TEV;
 () 2.6 Paciente possui trombofilia de baixo risco com TEV em parente de primeiro grau;

ATENÇÃO:

- Para comprovação de TEV do paciente ou parente de primeiro grau, anexar exame de imagem (ultrassonografia Doppler colorido de vasos ou Tomografia ou RNM).
- Para comprovação de SAF, anexar exames laboratoriais e documentos comprobatórios (cópia de prontuário, declaração de óbito e/ou exame de imagem).
- Para os critérios 2.4 à 2.6, anexar pelo menos UM dos exames laboratoriais abaixo.

3. ASSINALE ABAIXO E ANEXE O EXAME LABORATORIAL QUE COMPROVE A TROMBOFILIA:

Exame	Data	Resultado
() Pesquisa da mutação do Fator V de Leiden	/ /	
() Mutação do gene da protrombina	/ /	
() Dosagem de proteína C funcional	/ /	
() Dosagem de proteína S funcional ou proteína S livre	/ /	
() Dosagem de antitrombina III	/ /	

4. DESCREVA OS ASPECTOS CLÍNICOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O DIAGNÓSTICO:

5. PACIENTE APRESENTA ALGUM RISCO OU CONTRAINDICAÇÃO AO USO DO MEDICAMENTO:

() SIM () NÃO

6. TRATAMENTO:

- () Anticoagulação profilática (até 89 Kg) - 40 mg/dia
- () Anticoagulação profilática (acima de 90 Kg) - 60 mg/dia
- () Anticoagulação plena* (até 69 Kg) – 60mg de 12/12 h
- () Anticoagulação plena* (acima de 70 Kg) – 80mg de 12/12 h

*Apenas para caso de gestantes com diagnóstico de SAF e Trombose vascular ou com 2 ou mais episódios de TEV

MEDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ UF: _____

ASSINATURA E CARIMBO: _____ DATA: ____ / ____ / ____

Referência: Portaria SAES/MS nº 23, de 21/12/2021 – PCDT de Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescriptor.