

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM

TROMBOFILIA

ENOXAPARINA SÓDICA
D68.8 I82.0 I82.1 I82.2 I82.3 I82.8 O22.3 O22.5

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.

Obs.: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS

2. **RECEITA MÉDICA**, contendo o nome do medicamento (DCB= nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**
4. **CÓPIA DE EXAMES**:
 - ✓ Hemograma, Creatinina, BHCG ou Ultrassonografia transvaginal ou pélvica
 - ✓ Relatório médico descritivo do histórico clínico do paciente e diagnóstico – **Formulário para Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia.**

Exames pertinentes de acordo com o diagnóstico clínico que deve ser **assinalado** abaixo:

() **História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV):** Exame de imagem (Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética; Informação médica se TEV é de baixa ou alto risco de recorrência ao paciente conforme PCDT;

() **Síndrome Antifosfolípideo (SAF):** É diagnosticada por pelo menos 1 critério clínico associado a pelo menos 1 critério laboratorial.

Critérios clínicos: Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial; ou histórico de pelo menos 3 abortamentos precoces (menos de 10 semanas) sem causa aparente; ou histórico de óbito fetal com mais de 10 semanas sem causa aparente; ou histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

Critérios laboratoriais: Duas dosagens com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM

TROMBOFILIA

ENOXAPARINA SÓDICA

D68.8 I82.0 I82.1 I82.2 I82.3 I82.8 O22.3 O22.5

() **Trombofilia hereditária de alto risco:** Anexar laudo laboratorial de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina (G20210A), deficiência da antitrombina III, mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

() **Trombofilia hereditária de baixo risco:** Anexar laudo laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; Mutação heterozigótica para o gene protrombina (G20210A); deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.

5. **CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS.** Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.

6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:

- Todos os campos deverão estar preenchidos.
- Utilizar nome genérico do (s) medicamento (s) - Não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.
- Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.
- Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.