

RELATÓRIO MÉDICO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES

Medicamento: ☐ Enoxaparina Sódica 40mg ☐ Enoxaparina Sódica 60mg

CID:

- ☐ D68.8 - Outros defeitos especificados da coagulação
- ☐ I82.0 - Síndrome de Budd-Chiari
- ☐ I82.1 - Tromboflebite migratória
- ☐ I82.2 - Embolia e trombose de veia cava
- ☐ I82.3 - Embolia e trombose de veia renal
- ☐ I82.8 - Embolia e trombose de outras veias especificadas
- ☐ O22.3 - Flebotrombose profunda na gravidez
- ☐ O22.5 - Trombose venosa cerebral na gravidez

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Peso: _____

***Gestante:**

Idade gestacional (semanas): _____

Data provável do parto: _____

***Puérpera:**

A data do parto: ____/____/____

***Histórico obstétrico número de:** Gestações: _____ Parto vaginal _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indique abaixo a situação clínica que justifique a prescrição de Enoxaparina Sódica:

- ☐ 2.1 **Paciente possui história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência** (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados).
- ☐ 2.2 **Paciente possui histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência*** (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).
- ☐ 2.3 **Paciente possui diagnóstico de Síndrome Antifosfolípideo (SAF):**
Marque ao menos um dos critérios clínicos abaixo:
☐ Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial;
☐ Histórico de pelo menos 3 abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;
☐ Histórico de óbito fetal com mais de 10 semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente;
☐ Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária;

Marque ao menos um teste abaixo e anexe o exame laboratorial comprobatório:

() Teste de detecção do anticoagulante lúpico (apresentar 2 exames com intervalo mínimo de 12 semanas)

() Dosagem de anticardiolipinas (IgG ou IgM)

() Dosagem de anti-beta2glicoproteína1 (IgG ou IgM)

() 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

MÉDICO 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 prescritor.