



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

Dados da paciente:

Nome: _____

Peso: _____ Idade gestacional (semanas): _____ Data provável do parto (DPP): _____

Medicamento solicitado:

Enoxaparina sódica 40 mg

Enoxaparina sódica 60 mg

Tratamento:

Anticoagulação **profilática** durante a gravidez e até 6 semanas pós-parto (**em casos de:** história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência; diagnóstico de SAF; trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de 1º grau):

até 89 Kg: 40 mg/dia

acima de 90 Kg: 60 mg/dia

Anticoagulação **profilática** apenas por até seis semanas no pós-parto (**em casos de:** trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV; trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau; histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência).

até 89 Kg: 40 mg/dia

acima de 90 Kg: 60 mg/dia

Anticoagulação **plena** durante a gravidez e até 6 semanas pós-parto (**em casos de:** diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV):

até 69 Kg: 60 mg de 12/12 h

acima de 70 Kg: 80 mg de 12/12 h (**nesse caso solicitar a apresentação de 40 mg, utilizando duas seringas para fazer a dose de 80 mg**)

Assinale abaixo a situação clínica que justifique a utilização da enoxaparina, com anexação de laudo médico (detalhando o histórico de TEV, com descrição do quadro e data do episódio) e exames comprobatórios:

História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) e moderado a alto risco de recorrência

Critérios clínicos: único episódio não provocado; **ou** TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; **ou** múltiplos TEV prévios não provocados.

Exames comprobatórios: laudo de exame de ultrassonografia doppler colorido de vasos; **ou** tomografia computadorizada; **ou** ressonância magnética.



História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) e com baixo risco de recorrência

Critérios clínicos: trauma; **ou** imobilização; **ou** cirurgia de longa duração; **ou** sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez.

Exames comprobatórios: laudo de exame de ultrassonografia doppler colorido de vasos; **ou** tomografia computadorizada; **ou** ressonância magnética.

Síndrome Antifosfolípideo (SAF)

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

Exames comprobatórios: detecção do anticoagulante lúpico anticoagulante lúpico**; **ou** anticardiolipina IgG**; **ou** anticardiolipina IgM**; **ou** antibeta-2-glicoproteína 1 IgG**; **ou** antibeta-2-glicoproteína 1 IgM**.

*** documentos comprobatórios dos critérios clínicos: cópia de prontuário, declaração de óbito e/ou exame de imagem.**

**** apresentar dois exames com intervalo mínimo de 12 semanas.**

Trombofilia hereditária de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau*

Exames comprobatórios: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; **ou** mutação homozigótica para o gene da protrombina; **ou** deficiência da antitrombina III; **ou** mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

*** anexar também exame de ultrassonografia Doppler colorido de vasos ou tomografia ou RNM do parente de primeiro grau ou laudo detalhado da história clínica do parente de primeiro grau.**

Trombofilia hereditária de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV

Exames comprobatórios: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; **ou** mutação homozigótica para o gene da protrombina; **ou** deficiência da antitrombina III; **ou** mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

Trombofilia hereditária de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau*

Exames comprobatórios: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; **ou** mutação heterozigótica para o gene da protrombina; **ou** deficiência da proteína C; **ou** deficiência da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.

*** anexar também exame de ultrassonografia Doppler colorido de vasos ou tomografia ou RNM do parente de primeiro grau ou laudo detalhado da história clínica do parente de primeiro grau.**

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 prescriptor.