



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO A ENOXAPARINA PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES

(Portaria Conjunta Nº 23 de 2021 / Portaria SES-BA Nº 719 de 2024)

Data do preenchimento do formulário: ____/____/____

Nome do paciente: _____ IDADE: _____

Médico responsável: _____ CRM _____

Serviço: _____

1. ASSINALAR COM X A CONDIÇÃO DA PACIENTE E INFORMAR A DATA DE ACORDO AO ITEM ASSINALADO

() Paciente Gestante, informar a data prevista do parto ____/____/____

() Paciente Puérpera, informar a data que ocorreu o parto ____/____/____

() Em uso de anticoagulante? Início ____/____/____ Qual? _____

2. ASSINALAR COM X O CRITÉRIO DE INCLUSÃO APRESENTADO PELA PACIENTE

2.1 História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) (CID-10: I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5)

() A paciente apresenta história pessoal de TEV.

Anexar exame de imagem – ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

2.2 Síndrome Antifosfolípideo (SAF) (CID-10: D68.8)

Critério clínico (assinalar com X qual ou quais os critérios a paciente apresenta)

() Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);

() histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;

() histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfolologicamente normal e sem causa aparente; ou

() histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

() Histórico de descolamento prematuro de placenta (DPP) sem causa predisponente definida.

Critério laboratorial: Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM.

2.3 Trombofilia hereditária de alto risco (CID-10: D68.8)

() A paciente tem história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de alto risco.

Paciente apresenta parente de primeiro grau com TEV?: () SIM () NÃO

Anexar laudo laboratorial da paciente: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina; deficiência da antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

2.4 Trombofilia hereditária de baixo risco (CID D68.8)

() A paciente tem história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de baixo risco com TEV

Anexar laudo laboratorial da paciente: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

2.5 Outras condições

☐ **Presença de prótese mecânica valvar**

(Anexar exame de imagem: ecocardiograma ou radiografia de tórax).

☐ **Diagnóstico de CoVID-19 moderada a grave**

(Anexar exames de imagem e laudo laboratorial: teste de RT-PCR para detecção do SARS-CoV-2, saturação de oxigênio, radiografia de tórax ou tomografia computadorizada, função renal e hepática, PCR, ferritina, interleucina-6, D-dímero).

☐ **Diagnóstico de Síndrome de Hiperestimulo Ovariano**

(Anexar exame de imagem: ultrassonografia transvaginal).

☐ **Diagnóstico de Neoplasias Malignas**

Hematológicas (Anexar laudo laboratorial: biópsia de medula óssea).

Pâncreas (Anexar laudo laboratorial: Ecoendoscopia com biópsia).

Estômago (Anexar laudo laboratorial: Endoscopia digestiva alta com biópsia).

Pulmão (Anexar laudo laboratorial: biópsia pulmonar).

Ginecológicos (Anexar laudo laboratorial: biópsia).

☐ **Presença de nefropatia nefrótica**

(Anexar laudo laboratorial: exame de urina de 24 horas).

☐ **Cardiopatía com disfunção ventricular grave**

(Anexar exame de imagem: ecocardiograma transtorácico ou ressonância magnética).

☐ **Cardiopatía com dilatação severa das câmaras cardíacas ($\geq 60\text{mL/m}^2$)**

(Anexar exame de imagem: ecocardiograma transtorácico ou ressonância magnética).

☐ **Diagnóstico de doenças reumatológicas ou intestinais inflamatórias ativas, com necessidade de internação**

(Anexar relatório médico com a justificativa da internação, data de admissão e de data/previsão de alta, além do laudo laboratorial: marcadores inflamatórios - PCR, VHS - e autoanticorpos).

☐ **Hipertensão arterial pulmonar**

(Anexar o exame: cateterismo cardíaco direito, ou ecocardiograma).

☐ **Diagnóstico de Doença Falciforme**

(Anexar laudo laboratorial: PCR para detecção da mutação).

☐ **Diagnóstico de infecção grave atual (infecção puerperal, pielonefrites, pneumonias, sepse)**

(Anexar laudo laboratorial: hemograma completo, hemocultura, PCR, função renal e hepática)

(Anexar exame de imagem: para casos de apendicite e colecistite, tomografia computadorizada de abdômen; casos de pneumonia, radiografia de tórax ou tomografia computadorizada)

☐ **Diagnóstico de Trombocitemia Essencial**

(Anexar laudo laboratorial: hemograma e teste genético).

☐ **IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$**

(Anexar cálculo do IMC detalhado e atual).

☐ **Paraplegia**

(Anexar a história clínica)

☐ **Idade ≥ 40 anos**

(Anexar a história clínica)

☐ **Cesárea de emergência**

(Anexar registros hospitalares e história obstétrica, que confirmem o procedimento e sua urgência)

☐ **Quimioterapia dentro de 6 meses**

(Anexar registros hospitalares e história clínica, que confirmem o procedimento)

☐ **História de TEV prévio associado a fator desencadeante que não esteja associado a hormônios ou gravidez/puerpério**

(Anexar exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética).



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

☐ **Trombofilia hereditária de baixo risco**

(Anexar laudo laboratorial: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos).

☐ **Presença de hemorragia < 1L**

(Anexar a história clínica, registros transfusionais, quando pertinente, hemograma)

☐ **IMC ≥ 30 kg/m²**

(Anexar cálculo do IMC detalhado e atual).

☐ **Qualquer procedimento cirúrgico na gestação ou no puerpério, exceto cesárea, e que necessite de um longo período acamado**

(Anexar a história clínica com documentação de procedimentos cirúrgicos realizados)

☐ **Varizes de grosso calibre**

(Anexar exame de imagem e exame físico: inspeção das varizes e ultrassonografia com Doppler)

☐ **Pré-eclâmpsia atual**

(Anexar laudo de exames laboratoriais: função renal e hepática, contagem de plaquetas, proteinúria)

☐ **Gestação múltipla atual**

(Anexar laudo de exames de imagem: ultrassonografia obstétrica)

☐ **Multiparidade $\geq$ três partos prévios**

(Anexar história obstétrica a partir de: ultrassonografias obstétricas)

☐ **Natimorto sem causa aparente na gestação atual**

(Anexar registro do evento)

☐ **Parto pré-termo < 37 semanas**

(Anexar registro de idade gestacional do parto)

☐ **Presença anticoagulante lúpico positivo (AAF)**

(Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico)

☐ **Doenças autoimunes sistêmicas com AAF positivo**

(Anexar exame de diagnóstico da doença autoimune, somado ao laudo laboratorial: anticoagulante lúpico ou anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM).

3. ASSINALAR A TERAPIA INDICADA

☐ Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg/dia ou 60 mg/dia, dependendo do peso corporal da paciente.

☐ Anticoagulação profilática até 6 semanas pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg dependendo do peso corporal da paciente.

☐ Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. - Enoxaparina sódica injetável de 60 mg ou 80 mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

NOTA: Em casos de gestante com diagnóstico de síndrome do anticorpo fosfolípido (SAF) e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV, é recomendada a anticoagulação plena de 60 mg a 80 mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.

4. INFORMAR SE A PACIENTE POSSUI ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO

☐ **Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;**

☐ **Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável;**

☐ **História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente;**

☐ **Nenhuma das condições.**

Assinatura e carimbo do médico