

**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

FLUXO DE ACESSO - PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTE COM TROMBOFILIA**PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021****MEDICAMENTOS**

- ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (SERINGA PREENCHIDA)
- ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG/0,6 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (SERINGA PREENCHIDA)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência do paciente ou de seu responsável legal. Se em nome de terceiros, preencher formulário específico;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME) adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normativas vigentes);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido;
- Formulário de acesso aos medicamentos para Prevenção do Tromboembolismo venoso em Gestantes com Trombofilia adequadamente preenchido **OU**
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica e obstétrica da paciente, a história familiar de trombofilia, a Data Provável de Parto, o tratamento solicitado (profilática ou plena), os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da patologia.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO**Para todos os casos:**

- Dosagem urinário ou sérico de B-HCG (validade 3 meses) **ou**
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica (laudo) (validade 3 meses).
- Hemograma com plaquetas (validade 3 meses).
- Creatinina sérica ou Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (validade 3 meses).

Exames específicos para cada caso (anexar pelo menos um exame que comprove a doença):**Para Tromboembolia Hereditária de Baixo Risco (CID D68.8):**

- Fator V de Leiden (validade indeterminada).
- Mutação G20210A no gene da protrombina (validade indeterminada).
- Dosagem de proteína C funcional, dosagem de proteína S livre ou dosagem de proteína S funcional (validade indeterminada).

Para Tromboembolia Hereditária de Alto Risco (CID-10: D68.8):

- Fator V de Leiden (validade indeterminada).
- Mutação G20210A no gene da protrombina (validade indeterminada).
- Antitrombina III (validade indeterminada).



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

Para Síndrome Antifosfolípido – SAF (CID-10: D68.8):

Presença de pelo menos um critério clínico associado a pelo menos um critério laboratorial.

- Anticoagulante lúpico, Anticardiolipina (IgG e IgM) ou Antibeta-2-glicoproteína I (IgG e IgM) (validade indeterminada).
- Anticoagulante lúpico detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH), Anticardiolipinas IgG ou IgM mensurados por teste ELISA padronizado e Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM mensurada por teste ELISA padronizado.

Para os casos de história pessoal de Tromboembolismo Venoso – TEV (CID-10: I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5):

- Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética (validade indeterminada).

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma. **Periodicidade:** trimestralmente.
- Contagem de plaquetas. **Periodicidade:** sempre que houver suspeita de trombose durante a terapia.
- Creatinina sérica. **Periodicidade:** a critério médico.
- Laudo de médico assistente ou ginecologista responsável pelo pré-natal da gestante atestando sua condição clínica e necessidade de uso de enoxaparina. **Periodicidade:** a cada 3 meses, a critério médico.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Continuidade do tratamento:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.

Atenção: quando houver troca de medicamento ou aumento da dose, a solicitação deverá ser realizada por médico especialista, se previsto para a patologia em questão.

UNIDADES DE CADASTRO

Capital e Região Metropolitana

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia

End: Av. Laurindo Régis, s/n - Parque Solar Boa Vista, Engenho Velho de Brotas - Salvador - BA.

Tel.: (71) 3117-1645 (Whatsapp).

Horário: 7h às 19h (fechamento dos portões às 18h).

E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

**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

**CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS
RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)****D68.8 Outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídeo)****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**

Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>.

OBSERVAÇÕES

- **6.8. Tempo de Tratamento - Critérios de Interrupção:** A profilaxia no período pós-parto deve ser interrompida após 6 semanas do parto.
- **As gestantes com risco aumentado para trombofilia devem ser encaminhadas para atenção especializada para o devido tratamento do quadro, a fim de que morbidades sejam minimizadas e mortalidade materna, fetal e peri-natal seja evitada. As gestantes, que tiveram o diagnóstico de trombofilia previamente à gestação e que já utilizavam ou não medicamento, também devem ser acompanhadas em serviço especializado.**
- **Gestantes em uso de anticoagulante, prescrito antes da vigência deste Protocolo, deverão ser reavaliadas quanto aos critérios de sua inclusão nele estabelecidos.**
- **Para todas as gestantes, no ato da primeira dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de BhGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica;**



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

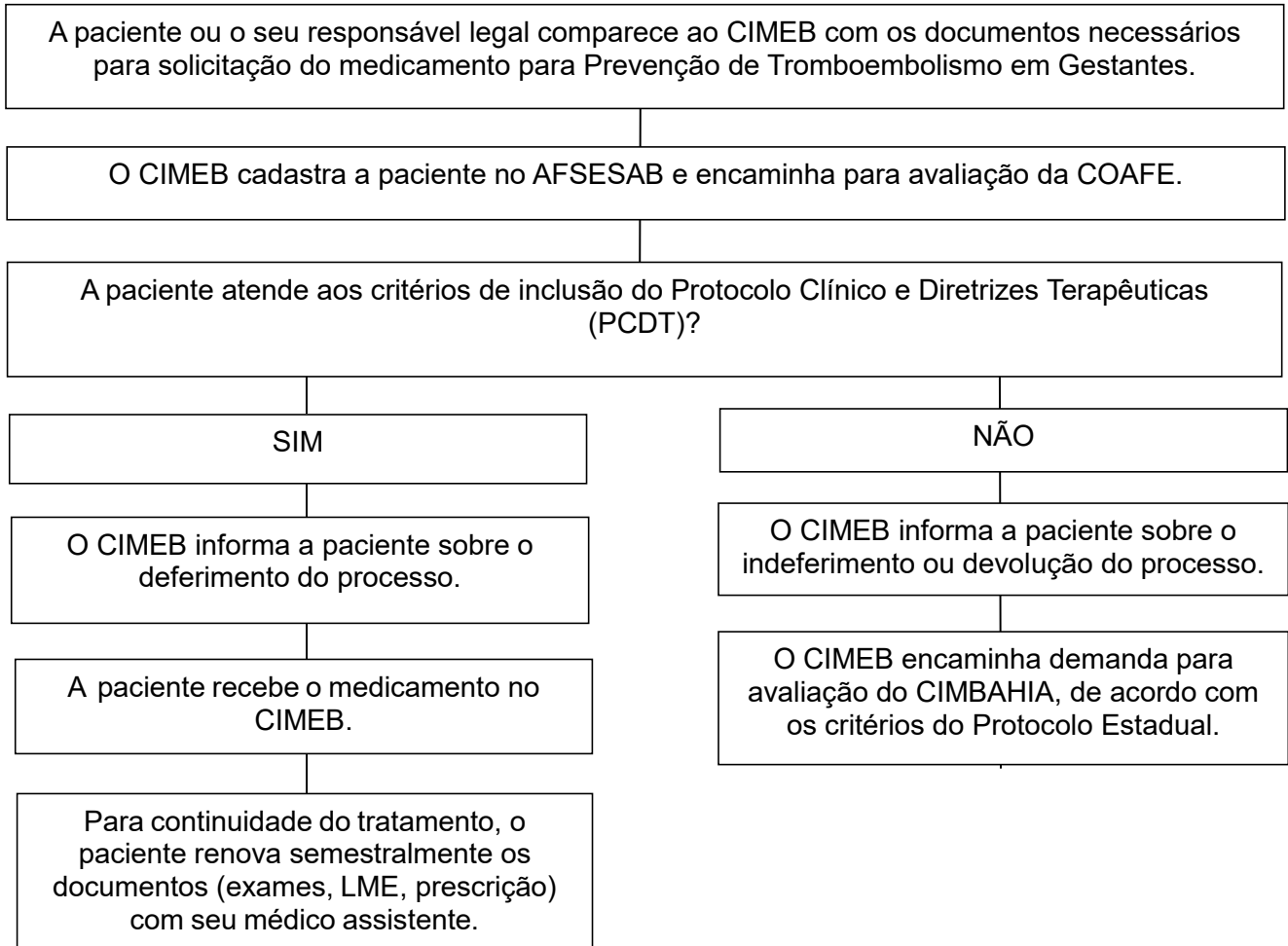
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

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

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





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

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

