

**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 À ENOXAPARINA PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES

(Portaria Conjunta Nº 23, de 21 de dezembro de 2021 / Portaria SES-BA Nº 719 de 2024)

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento:	/ /

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 Antifosfolípídeo (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 morfológicamente 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 antifosfolípídeo na ausência de eventos clínicos.****2.5 Outras condições**☐ Presença de prótese mecânica valvar

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



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

☐ **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).

☐ **Cardiopatia com disfunção ventricular grave**

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

☐ **Cardiopatia 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).

☐ **Trombofilia hereditária de baixo risco**

(Anexar laudo laboratorial: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica



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 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