



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O
TRATAMENTO DA SÍNDROME DE TROMBOSE COM TROMBOCITOPENIA (STT)
ASSOCIADA À VACINAÇÃO COM VACINAS DE VETOR DE ADENOVÍRUS NÃO
REPLICANTE CONTRA A COVID-19**

Portaria Estadual SES/SC nº 810 de 04/08/2022
Nota Técnica CGPNI/DEIDT/SVS/MS nº 933/2021



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que a(o) paciente _____

não apresenta critérios de exclusão e **apresenta os critérios de inclusão descritos abaixo:**

CRITÉRIOS GERAIS:

() Vacinação contra COVID-19 (vacina de vetor viral não replicante):

Data da vacinação: ____/____/____ Vacina aplicada: _____

Declaro que confirmei os dados vacinais acima descritos com o paciente ou responsável.

() Contagem de plaquetas < 150.000/ μ L de início recente e sem exposição à heparina nos últimos 100 dias.

Contagem de plaquetas: _____ Data do exame: ____/____/____. (Anexar o exame)

() Apresentação de sinais e sintomas sugestivos de trombose e/ou plaquetopenia, apresentados de 4 a 45 dias após a vacinação contra COVID-19.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS:

() **Caso CONFIRMADO** - Presença de trombose/tromboembolismo evidenciada por um ou mais exames comprobatórios:

() Exame de imagem: _____ (anexar o exame com laudo).

(Ultrassom - Doppler; Tomografia computadorizada (TC) – com contraste/angiografia; Venografia (VRM) ou arteriografia (ARM) por ressonância magnética; Ecocardiograma; Cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão; Angiografia convencional/Angiografia por subtração digital);

OU

() Procedimento cirúrgico que confirme a presença de um trombo. Descrever:

OU

() Exame anatomopatológico: Incluindo biópsia (anexar o laudo).

() **Caso SUSPEITO** - Apresentação de sinais e sintomas sugestivos de trombose e/ou plaquetopenia:

() Trombose de seio venoso cerebral / Trombose venosa cerebral;

() Trombose venosa profunda periférica;

() Tromboembolismo pulmonar;

() Trombose intra-abdominal;

() Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico;

() Infarto agudo do miocárdio (IAM);

E

Outros exames de imagem ou laboratoriais complementares sugestivos, mas não confirmatórios, de trombose/tromboembolismo (anexar os exames com laudo):

() Radiografia de tórax **OU**

() Ecocardiograma **OU**

() Tomografia computadorizada sem contraste **OU**

() D-dímero > 4x/normal (>2.000 ng/ml) e

Se possível, apresentar também Fibrinogênio, TP e TTPa.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

Data