



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR MEIO DO  
CEAF/SC PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES  
COM TROMBOFILIA**

Portaria SAS/SCTIE/MS nº 23 de 21 de dezembro de 2021



Para solicitações de Enoxaparina sódica para este PCDT por meio do CEAF, **os documentos apresentados devem estar em conformidade com a posologia e tempo de tratamento definidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com o critério de inclusão assinalado neste documento.**

Declaro para fins de solicitação de Enoxaparina sódica, que a (o) paciente (o)\* \_\_\_\_\_, preenche o seguinte critério:

**CRITÉRIO DE INCLUSÃO\*:**

1. ( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) **E** moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados).

**\*Anexar ao processo:** exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética

**\*Posologia definida em PCDT do MS:**

- Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA.  
- Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA.  
Durante a gestação e até 6 semanas no pós-parto.

2. ( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) **E** com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).

**\*Anexar ao processo:** exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

**\*Posologia definida em PCDT do MS:**

- Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA.  
- Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA.  
**APENAS no PÓS-PARTO** (por até 6 semanas).

3. ( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) **E** Síndrome Antifosfolípideo (SAF)  
**Apresentar pelo menos 01 critério clínico + 01 critério laboratorial:**

**Critério clínico:**

( ) Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (anexar 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;  
( ) Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

**Critério Laboratorial:**

( ) Anticoagulante lúpico (anexar exame)  
( ) Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40) a altos (>80) por teste ELISA (anexar exame);  
( ) Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM acima do percentil 99 por teste ELISA (anexar exame).

**\*Anexar ao processo:** exame de imagem – ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética **E** Exame do critério laboratorial.

**\*Posologia definida em PCDT do MS:**

ANTICOAGULAÇÃO PLENA - durante a gestação e até 6 semanas no pós-parto, não podendo ultrapassar 160mg/dia.  
- Até 69 kg: Dose de 60mg de 12/12 horas;  
- Acima de 70 kg: 80 mg de 12/12 horas.

4. ( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) – 02 ou mais episódios.

**\*Anexar ao processo:** exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética (de cada episódio de TEV).

**\*Posologia definida em PCDT do MS:**

ANTICOAGULAÇÃO PLENA - durante a gestação e até 6 semanas no pós-parto, não podendo ultrapassar 160mg/dia.  
- Até 69 kg: Dose de 60mg de 12/12 horas;  
- Acima de 70 kg: 80 mg de 12/12 horas.

5. ( ) Síndrome Antifosfolípido (SAF) SEM TEV prévio

**Apresentar pelo menos 01 critério clínico + 01 critério laboratorial:**

**Critério clínico:**

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

**Critério Laboratorial:**

( ) Anticoagulante lúpico (anexar exame)  
( ) Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40) a altos (>80) por teste ELISA (anexar exame);  
( ) Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM acima do percentil 99 por teste ELISA (anexar exame).

**\*Anexar ao processo:** Exame do critério laboratorial assinalado.

**\*Posologia definida em PCDT do MS:**

-Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA + AAS 100mg/dia.  
-Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA + AAS 100mg/dia.  
Durante a gestação e até 6 semanas no pós-parto.

6. ( ) Trombofilia de Alto Risco E história de TEV em parente de primeiro grau.

**\*Anexar ao processo:** Laudo laboratorial: Mutação homozigótica para o fator V de Leiden E/OU mutação homozigótica para o gene da protrombina E/OU deficiência da antitrombina III E/OU mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

**\*Posologia:**

-Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA.  
-Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA.  
Durante a gestação e até 6 semanas no pós-parto.

7. ( ) Trombofilia de Alto Risco SEM história de TEV em parente de primeiro grau

**\*Anexar ao processo:** Laudo laboratorial: Mutação homozigótica para o fator V de Leiden E/OU mutação homozigótica para o gene da protrombina E/OU deficiência da antitrombina III E/OU mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.

**\*Posologia:**

-Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA.  
-Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA.  
**APENAS** no **PÓS-PARTO** (por até 6 semanas).

8. ( ) Trombofilia de Baixo Risco E história de TEV em parente de primeiro grau

**\*Anexar ao processo:** Mutação heterozigótica para o fator V de Leiden E/OU mutação heterozigótica para o gene da protrombina E/OU deficiência da proteína C ou da proteína S E/OU presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos.

**\*Posologia:**

-Até 89 kg: Dose única de 40mg/SC/DIA.  
-Acima de 90 Kg: Dose única de 60 mg/SC/DIA.  
**APENAS** no **PÓS-PARTO** (por até 6 semanas).

**Nota Importante:** Todos os processos devem apresentar laudo de pelo menos um dos exames para comprovação da gestação: Dosagem de B-HCG urinário OU Dosagem de B-HCG sérico OU Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO\*:**

**INFORMAR SE A (o) 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.

IDADE GESTACIONAL\*: \_\_\_\_\_

DATA PROVÁVEL DO PARTO\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do (a) médico (a)\*

\_\_\_\_\_  
Data\*

**DIAF**  
Diretoria de Assistência  
Farmacêutica

Formulário OBRIGATÓRIO para novas solicitações.

\*Campos de preenchimento OBRIGATÓRIO