

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 30/11/2022)

PCDT: PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

CID 10: D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5

1. Medicamentos

| |
|--|
| ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML |
| ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,6 ML |

INDICAÇÃO DE USO DE ACORDO COM O PCDT

| Peso da gestante | Dose PROFILÁTICA de enoxaparina sódica |
|-------------------------|---|
| Até 89 kg | 40 mg/dia |
| Acima de 90 kg | 60mg/dia |
| | |
| Peso da gestante | Dose PLENA de enoxaparina sódica |
| Até 69kg | 60 mg de 12 em 12 horas |
| Acima de 70kg | 80 mg de 12 em 12 horas** |

** A dose de 80 mg pode ser administrada com duas seringas de 40 mg

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Identidade – RG✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS✓ Comprovante de Residência com CEP✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).✓ Pós-parto: apresentar certidão de nascimento do bebê. |
|---|

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico

- | |
|---|
| <p>SOLICITAÇÃO INICIAL</p> <p>() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas informando tratamentos prévios e histórico familiar ou pessoal de Tromboembolismo Venoso, Síndrome Antifosfolípideo e/ou trombofilia hereditária e pós-parto.</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> |
|---|

- | |
|--|
| <p>RENOVAÇÃO</p> <p>() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</p> <p>() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;</p> <p>() Laudo Médico, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.</p> |
|--|

2.3 Exames Obrigatórios (em um intervalo de 3 meses/datas diferentes)

| SOLICITAÇÃO INICIAL | |
|--|---|
| <p>() Cópia do exame de hemograma completo com contagem de plaquetas (<i>paciente com contagem de plaquetas abaixo de 100.000 deverá apresentar declaração médica com autorização para realização do tratamento</i>);</p> <p>() Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica;</p> <p>() Cópia do exame de Dosagem de B-hCG OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica (Validade de 11 dias).</p> | |
| <p>Para trombofilia hereditária (Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente):</p> <p>() Fator V de Leiden;</p> <p>() Mutação G20210A no gene da protrombina;</p> <p>() Dosagem de proteína C funcional e dosagem de proteína S livre ou dosagem de proteína S funcional.</p> | <p>Para trombofilia adquirida, Síndrome Antifosfolípideo (Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente):</p> <p>() Anticoagulante lúpico;</p> <p>() Anticardiolipinas IgG e IgM;</p> <p>() Anti-beta2glicoproteína 1 IgG ou IgM.</p> |

| RENOVAÇÃO |
|--|
| <p>() Cópia do exame de hemograma completo;</p> <p>() Cópia de exame de contagem de plaquetas;</p> <p>() Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica;</p> <p>() Cópia do exame de Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hGC sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica (Validade de 11 dias).</p> |
| <p>O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p> |
| <p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.</p> |

3. Serviços de Referência

| |
|---|
| <p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de Hematologista, Ginecologia e/ou Obstetrícia, Cirurgião vascular e Angiologista, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p> |
|---|

4. Para receber os medicamentos

| |
|--|
| <p>O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde, cópia de exame que comprove a continuidade da gestação (Beta HCG ou Laudo da ultrassonografia) e Cartão do Usuário.</p> |
|--|

5. Observações:

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021. |
|---|

SE POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO, DEVOLVA AO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.