

Anexo 2- Relatório médico específico para Prevenção do Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia



**RELATORIO MEDICO ESPECIFICO PARA
PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO
EM GESTANTES COM TROMBOFILIA**



Medicamento: () Enoxaparina Sódica

CID: () D688 () I820 () I821 () I822 () I823 () I828 () O223 () O225

1. DADOS DO PACIENTE

Nome:	
CNS:	Peso:
Idade gestacional:	Data provável do parto:

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indique abaixo a situação clínica que justifique a prescrição de Enoxaparina Sódica:

- () 2.1 Paciente possui história pessoal de 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).
- () 2.2 Paciente possui diagnóstico de Síndrome Antifosfolípideo (SAF):
 Marque ao menos um dos critérios clínicos abaixo:
 () Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial;
 () Histórico de pelo menos 3 abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;
 () Histórico de óbito fetal com mais de 10 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;
 Marque ao menos um teste abaixo e anexe o exame laboratorial comprobatório:
 () Teste de detecção do anticagulante lúpico (apresentar 2 exames com intervalo mínimo de 12 semanas)
 () Dosagem de anticardiolipinas (IgG ou IgM)
 () Dosagem de anti-beta2glicoproteína1 (IgG ou IgM)
- () 2.3 Paciente possui trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau;
- () 2.4 Paciente possui trombofilia de alto risco sem história pessoal ou familiar de TEV;
- () 2.5 Paciente possui trombofilia de baixo risco com TEV em parente de primeiro grau;
- () 2.6 Paciente possui histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência* (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).

ATENÇÃO:

- Para comprovação de TEV do paciente ou parente de primeiro grau, anexar exame de imagem (ultrassonografia Doppler colorido de vasos ou Tomografia ou RNM).
- Para comprovação de SAF, anexar exames laboratoriais e documentos comprobatórios (cópia de prontuário, declaração de óbito e/ou exame de imagem)
- Para os critérios 2.1 à 2.5, anexar pelo menos UM dos exames laboratoriais abaixo.

3. Assinale abaixo e anexe o exame laboratorial que comprove a trombofilia:

Exame	Data	Resultado
() Dosagem do Fator V de Leiden	___/___/___	
() Mutação do gene da protrombina	___/___/___	
() Dosagem de proteína C funcional	___/___/___	
() Dosagem de proteína S funcional ou proteína S livre	___/___/___	
() Dosagem de antitrombina III	___/___/___	

4. Descreva os aspectos clínicos que contribuíram para o diagnóstico:

5. Paciente apresenta algum risco ou contraindicação ao uso do medicamento: () SIM () NÃO

6. TRATAMENTO

- () Anticoagulação profilática- (40mg/dia)
- () Anticoagulação profilática c/ ajuste de dose - Dose prescrita _____
- () Anticoagulação plena (12/12 h)* – Dose prescrita _____

*Apenas para caso de gestantes com diagnóstico de SAF e Trombose vascular ou com 2 ou mais episódios de TEV

Médico solicitante: _____ CRM: _____ UF _____

Assinatura e carimbo: _____ Data: ___/___/___

Referência: Portaria SAS/MS nº 04, de 12 de fevereiro de 2020 – PCDT de Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia

Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescritor.