

ENOXAPARINA SÓDICA

Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia

Portaria conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

ANTICOAGULAÇÃO DURANTE O PRÉ- NATAL E POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg ou 60 mg (a depender do peso corporal da paciente). Até 89 kg: 40 mg/dia. Acima de 90 kg: 60 mg/dia.	ANTICOAGULAÇÃO APENAS POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg ou 60 mg (a depender do peso corporal da paciente). Até 89 kg: 40 mg/dia. Acima de 90 kg: 60 mg/dia.	ANTICOAGULAÇÃO PLENA Enoxaparina sódica injetável em dose de 60 mg ou 80 mg a cada 12 horas, não podendo ultrapassar 160 mg/dia. Até 69 kg: 60 mg de 12 em 12 horas Acima de 70 kg: 80 mg de 12 em 12 horas* *A dose de 80 mg pode ser administrada com duas seringas de 40 mg.
Indica-se a profilaxia de complicações da trombofilia nos casos de gestante com:	Indica-se a profilaxia de complicações da trombofilia nos casos de gestante com:	Indica-se a anticoagulação plena para trombofilia nos casos de gestante com:
a) 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); ou b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente; ou c) trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau.	a) trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV; ou b) trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau; ou c) histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).	a) gestante com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV.

Dosagem/Apresentação: 40 mg/0,4 ml; 60mg/ 0,6mL – seringa preenchida

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

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 40 mg/ ml – 124 seringas; 60 mg/ 0,6 ml – 62 seringas

- **Para faturamento (SIGTAP):** 40 mg/ 0,4 ml - 124 seringas; 60 mg/ 0,6 ml - 62 seringas

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações:

Idade mínima: 09anos;

Idade máxima: 60 anos;

Os códigos CID-10 acima especificados são aplicáveis apenas para gestantes.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - [Relatório médico](#) informando **critério de uso e terapia indicada** à paciente;
 - Relatório médico ou relato no campo anamnese do LME sobre a **data provável do parto ou data de parto**;
 - Laudo de um dos exames abaixo para comprovação da gestação:
 - Dosagem de β -HCG urinário;
 - Dosagem de β -HCG sérico;
 - Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia dos documentos pessoais do paciente;
 - Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente

- Hemograma;
- Dosagem sérica de creatinina;
- Relatório médico ou relato no campo anamnese do LME sobre a **data provável do parto ou data de parto**;

Em caso de alteração da terapia indicada:

- [Relatório médico](#) informando **critério de uso e terapia indicada** à paciente;
- Laudo de um dos exames abaixo para comprovação da gestação:
 - Dosagem de β -HCG urinário;
 - Dosagem de β -HCG sérico;
 - Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.