

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**
(Última revisão: 30/07/2025)**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.**1. Medicamentos Disponíveis:**

- 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

2. Documentos Necessários:**2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):**

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:
() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
() Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento;
() Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas informando tratamentos prévios e histórico familiar ou pessoal de Tromboembolismo Venoso, Síndrome Antifosfolípideo e/ou trombofilia hereditária e pós-parto;
() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**Renovação (a cada seis meses):**

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica, com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**Para Solicitação Inicial:**

- () Cópia do exame de hemograma completo com contagem de plaquetas (**paciente com contagem de plaquetas abaixo de 100.000 deverá apresentar declaração médica com autorização para realização do tratamento**)
- () Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica
- () Cópia do exame de Dosagem de B-hCG OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica (**Mensalmente**)

Para trombofilia hereditária (Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente):

- () Fator V de Leiden;
- () Mutação G20210A no gene da protrombina;
- () Dosagem de proteína C funcional e dosagem de proteína S livre **ou** dosagem de proteína S funcional.

Para trombofilia adquirida, Síndrome Antifosfolípideo (Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente):

- () Anticoagulante lúpico;
- () Anticardiolipinas IgG e IgM;
- () Anti-beta2glicoproteína 1 IgG ou IgM.

Para Renovação e a cada 3 meses:

- () Cópia do exame de hemograma completo
- () Cópia de exame de contagem de plaquetas
- () Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica
- () Cópia do exame de Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hCG sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica

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.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendem na especialidade **Ginecologista/Obstetra ou Médico Assistente** e estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto;
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;
- Cartão do usuário.

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

5. Observações:

- 5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente** (validade do mês vigente) para pacientes do sexo feminino em **idade fértil (9 a 49 anos)**;
- 5.2. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;
- 5.3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;
- 5.4. Regras estabelecidas pelas Portarias de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, e Portaria nº 23, de 21/12/2025, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a **Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS**;
- 5.5. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**