v. 2 – 29/11/2022

SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA GESTANTES

Gestante usuária do SUS vinculada à Rede Mãe Curitibana Vale a Vida?

SIM

- **UBS**
- **Hospital Alto Risco (gestante internada)**

Identificação da necessidade de utilização da enoxaparina segundo critérios estabelecidos na Portaria nº 23 de 21 de dezembro de 2021 do Ministério da Saúde
Disponível na Farmácia Curitibana ENOXAPARINA 20 MG E 40 MG

Encaminhamento da gestante para a Obstetrícia de Risco para vinculação de pré-natal no hospital de alta complexidade; Prescrição do medicamento e preenchimento do formulário à gestante e com os exames comprobatórios
OU
Prescrição, formulário e exames do Serviço Alto Risco apresentados pela gestante

Solicitação de parecer através da telerregulação "Avaliação enoxaparina" citando a justificativa clínica do motivo da solicitação

Prescrição do medicamento e preenchimento do formulário da P.2 com o critério que se aplica à gestante com os exames comprobatórios:

Encaminhamento de prescrição, formulário e exames para o email maecuritibanavaleavida@sms.curitiba.pr.gov.br

Avaliação do Programa Mãe Curitibana
- **Para a UBS: resposta da avaliação ao médico solicitante e à Assistência Farmacêutica – AF (CBO Farmacêutico – área de atuação: Assistência Farmacêutica) através da telerregulação**
- **Para Hospital (gestante internada): resposta através de email**

Solicitação deferida?

SIM

AF encaminha parecer para DS e encaminha número da solicitação web da enoxaparina para o almoxarifado

DS retira medicamento no almoxarifado e encaminha para US para fornecimento à gestante

US fornece o medicamento à gestante (dispensação no esaude) e solicita assinatura da gestante e do médico no TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (conforme P.3, disponível em esaude - Documentos Orientativos – Assistência Farmacêutica – Enoxaparina). Arquivar o documento na US.

NÃO

AF encaminha parecer para DS para ciência.

DS encaminha parecer para US para ciência da usuária.

NÃO

NÃO é necessário vincular a gestante ao PROGRAMA REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA. A solicitação de enoxaparina na Farmácia Especial do Estado pode ser feita com a prescrição que a usuária tem do seu médico assistente.

Orientar a usuária para solicitar a enoxaparina na Farmácia Especial do Estado (Endereço: Av. Mal. Floriano Peixoto, 250 - Centro, Curitiba; Telefone: 3235-6713).
Se a usuária não possuir o Cartão Nacional do SUS – CNS, providenciar para que ela possa solicitar o medicamento na Farmácia Especial do Estado.

Para solicitação do medicamento na Farmácia Especial do Estado a usuária deverá apresentar os documentos listados abaixo.
A prescrição, o laudo (LME), o relatório e o termo TER devem ser preenchidos pelo MÉDICO ASSISTENTE DA USUÁRIA (NÃO é necessário que o médico da UBS preencha) :

- **DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA**
- **LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO**
- **RELATÓRIO ESPECÍFICO PARA PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTE**
- **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

Se a gestante não estiver em condições de ir até a Farmácia Especial do Estado, a solicitação poderá ser feita por um responsável, conforme consta no endereço eletrônico da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná.

v. 2 – 29/11/2022

SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA GESTANTES VINCULADAS À REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

Apresentações de enoxaparina padronizadas na FARMÁCIA CURITIBANA: 20mg e 40 mg

De acordo com a Portaria Conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021 que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia no âmbito do SUS assinale a situação clínica que justifique a prescrição de enoxaparina sódica:

◯ **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);**
Anexar exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética

◯ **Síndrome Antifosfolipídeo (SAF)**

Assinale ao menos um dos critérios abaixo:

◯ **Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (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 10 semanas com produto morfologicamente normal e sem causa aparente;**

◯ **Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária**

Anexar ao menos um laudo laboratorial (deve estar presente em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas):

◯ **anticoagulante lúpico (detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia - ISTH, por ser um teste de complexa execução, uma vez que o anticoagulante lúpico é um antifosfolipídeo que prolonga os testes de coagulação in vitro (efeito anticoagulante), mas que, in vivo, associa-se a um efeito coagulante)**

◯ **anticardiolipina IgG ou IgM (em títulos moderados (>40 unidades de GPL/MPL) a altos (>80 unidades de GPL/MPL) mensurados por teste ELISA padronizado).**

◯ **antibeta-2-glicoproteína1 IgG ou IgM (acima do percentil 99 mensurada por teste ELISA padronizado).**

◯ **Trombofilia hereditária de alto risco**
Anexar ao menos um laudo laboratorial:

◯ **mutação homozigótica para o fator V de Leiden;**

◯ **mutação homozigótica para o gene da protrombina;**

◯ **deficiência da antitrombina III;**

◯ **mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas.**

◯ **Trombofilia hereditária de baixo risco com TEV**
Anexar ao menos um laudo laboratorial:

◯ **mutação heterozigótica para o fator V de Leiden;**

◯ **mutação heterozigótica para o gene da protrombina;**

◯ **deficiência da proteína C ou da proteína S**

Assinatura e carimbo do médico

Exames disponíveis no esaude:
Pesquisa de anticorpo IGG anticardiolipina (0202030253)
Pesquisa de anticorpo IGM anticardiolipina (0202030261)
Dosagem de Fator V (0202020207)
Dosagem de antitrombina III (0202020177)

v. 1 – 11/11/2022

SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA PARA GESTANTES VINCULADAS À REDE MÃE CURITIBANA VALE A VIDA

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ENOXAPARINA SÓDICA

Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica, indicados para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações.

E que também fui claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **Evento adverso mais comum: hemorragia podendo ocorrer em qualquer local do corpo, principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.**
- **Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema e reação alérgica.**

Fui também claramente informada que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos que haja risco de hemorragia (ex: procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos).

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia.

Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato: ◯ Sim ◯ Não

Meu tratamento será Enoxaparina:

◯ 40 mg/dia ◯ 60 mg/dia ◯ 60 mg de 12 em 12 horas ◯ 80 mg de 12 em 12 horas.

Data:

Nome da paciente ou do responsável legal:

Documento de identificação da paciente ou do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Data:

Médico responsável:

CRM:

Assinatura e carimbo do médico