

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)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, O22.5

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

✓ 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

SOLICITAÇÃO INICIAL

() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
() 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.
() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

RENOVAÇÃO E ADEQUAÇÃO

() LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
() Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
() Laudo Médico, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**2.3 Exames Obrigatórios**

SOLICITAÇÃO INICIAL	
☐ Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica; ☐ Cópia do exame de Dosagem de B-hCG OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica	
Para trombofilia hereditária (<u>Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente</u>): ☐ 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 (<u>Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente</u>): ☐ Anticoagulante lúpico; ☐ Anticardiolipinas IgG e IgM; ☐ Anti-beta2glicoproteína 1 IgG ou IgM.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço 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.

5. Observações:

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.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.