



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

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos (Última revisão: 01/05/2026)

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 e 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 69 kg | 60 mg de 12 em 12 horas |
| Acima de 70 kg | 80 mg de 12 em 12 horas |

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- Carteira de Identidade
- Cadastro de Pessoa Física
- Cartão Nacional de Saúde
- 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: |
|---|
| <input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; |
| <input type="checkbox"/> Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento; |
| <input type="checkbox"/> 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; |
| <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. |



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

Para Renovação e adequação

- 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 Adequação

- () 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:



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

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**.
- 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**