

CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**
(Última revisão: 31/07/2024)**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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.



2.3 Exames Obrigatórios

SOLICITAÇÃO INICIAL	
<input type="checkbox"/> Cópia de exame de Dosagem de creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Dosagem de B-hCG OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica	
Para trombofilia hereditária (Apresentar ao menos 1 exame laboratorial reagente): <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden; <input type="checkbox"/> Mutação G20210A no gene da protrombina; <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Anticoagulante lúpico; <input type="checkbox"/> Anticardiolipinas IgG e IgM; <input type="checkbox"/> 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 CEDMEX 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:

<ol style="list-style-type: none">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 6 meses.**

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

Beta HCG ou ultrassom obstétrica: **validade de 30 dias.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.