# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANHÃES
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO CLÍNICO ENOXAPARINA 40 MG/ 0,4 ML**
**2019**

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO, MONITORIZAÇÃO E SUSPENSÃO DO TRATAMENTO**

**1. Pré-requisitos**

- ✓ Ser morador do município de Guanhães-MG.
- ✓ Gestante com histórico de trombofilia adquirida ou herdada geneticamente.

**2. Documentos a serem apresentados**

- ✓ Solicitação de Medicamentos Via Protocolo Clínico devidamente preenchida;
- ✓ Cópia de resultado de exame de β-HCG realizado no prazo de 30 dias ou ultrassom atual;
- ✓ Cópia de resultado de exame que comprovem mutação do gene protrombina G20210A, mutação do fator V Leiden, deficiência de anticoagulantes fisiológicos proteína C, proteína S e antitrombina (em casos de trombofilia herdada geneticamente), se houver;
- ✓ Relatório médico de hematologista (SUS) ou ginecologista/obstetra (Município Guanhães – Centro de Saúde) que descreva o quadro clínico do paciente, onde conste:

  - ⇨ Semana gestacional;
  - ⇨ Data do diagnóstico da trombofilia;
  - ⇨ Histórico detalhado de intercorrências anteriores (perda gestacional, eventos trombóticos ou tromboembólicos);
  - ⇨ Histórico detalhado da utilização anterior de heparina;
  - ⇨ Justificativa detalhada para utilização de heparina de baixo peso molecular.
  - ⇨ Receituário médico de hematologista (SUS) ou ginecologista/obstetra (Município Guanhães – Centro de Saúde) constando nome da heparina de baixo peso molecular na Denominação Comum Brasileira (DCB);

- ✓ Cópia dos documentos pessoais: RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência atual.

**3. Critérios de Inclusão**

Serão incluídos os pacientes que se enquadrarem em algum dos seguintes critérios:

- ✓ Gestantes que tenham apresentado sangramento em decorrência da utilização de heparina;
- ✓ Gestantes que comprovem em relatório médico vantagem expressa da utilização da heparina de baixo peso molecular em comparação com a heparina não fracionada.

**4. Critérios de Exclusão**

Serão desconsiderados para este tratamento os pacientes que apresentarem qualquer um dos itens abaixo:

- ✓ Não atendimento aos critérios de inclusão;
- ✓ Pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios de suspensão, conforme descrito neste protocolo.

**5. Critérios de Manutenção**

Os pacientes cadastrados serão monitorados, devendo apresentar a cada 6 meses:

- ✓ Receita médica de hematologista (SUS) ou ginecologista/obstetra atualizada;
- ✓ Relatório médico com evolução do tratamento e da gestação.

**6. Critérios de Suspensão**

Em qualquer uma das condições abaixo relacionadas, o tratamento será suspenso:

- ✓ Perda gestacional;
- ✓ Não atendimento a qualquer um dos critérios de manutenção acima descritos.

**7. Situações Especiais**

**7.1 Paciente que já faz uso heparina de baixo peso molecular**

Será necessário o atendimento a todos os critérios estabelecidos neste protocolo referente ao tempo anterior de uso do medicamento.

**7.2 Outras situações**

Paciente com presença de doenças intercorrentes ou em uso de medicações que possam promover ou contribuir para a ocorrência de trombofilia, ou quaisquer outras situações além das elencadas neste protocolo deverão ser encaminhadas para análise através da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para efeito de inclusão, manutenção ou suspensão do tratamento.

**Referências:**

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Heparina de baixo peso molecular em gestantes e puérperas com trombofilia.* Relatório nº 59/2013.

2- **BRASIL. Ministério da Saúde.** DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Enoxaparina para gestantes com trombofilia – Relatório de Recomendação.* Relatório No 335 Janeiro/2018.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANHÃES
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUANHÃES
### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA PROTOCOLO CLÍNICO

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

1. Nome*

2. Cartão Nacional de Saúde (CNS)*

3. Data de nascimento*

\ \

4. Sexo*

F ☐ M ☐

5. Nome da mãe ou Responsável*

6. DDD-Telefone de contato*

7. Endereço do(a) Paciente (Rua, n°, Bairro)*

8. Município de Residência*

9. CEP*

**MEDICAMENTO (S) SOLICITADO (S)**

10. Nome do Medicamento (DCB)* 11. CID.10*

A._____

B._____

C._____

D._____

E._____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUANHÃES
PÇA. NÉRIA COELHO GUIMARÃES, 36-CENTRO-GUANHÃES/MG-CEP: 39.740-000
Tel. (33) 3421-2847 E-mail: saúde@guanhaes.mg.gov.br

# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANHÃES
## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA (S)**

11. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

12. Qual a justificativa para o não uso da heparina não fracionada.

**IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR**

13. Nome do médico solicitante*

14. Carimbo e Assinatura do médico*

15. Data da solicitação*

***CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

# PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANHÃES

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**DOCUMENTOS**

- ☐ Cópia do CPF e Identidade
- ☐ Cópia do comprovante de residência atual
- ☐ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ☐ Receita médica SUS de acordo com o Protocolo Clínico específico

Relatório médico de acordo com o Protocolo Clínico específico

- ☐ Solicitação de Medicamentos Via Protocolo Clínico devidamente preenchido

**EXAMES**

ENOXAPARINA

β-HCG (últimos 30 dias

- ☐ Mutação de um dos genes: G20210A, Fator V Leiden (quando for o caso)
- ☐ Comprovação de deficiência de pelo menos um dos marcadores: Proteína C, Proteína S ou Antitrombina.

**TERMO DE CONSENTIMENTO***

Eu,**_____, estou ciente e autorizo a disponibilização de dados e laudos médicos para a Comissão de Farmácia e Terapêutica, que realizará as análises necessárias da solicitação de medicamentos.

_____

**Assinatura do paciente ou responsável.