



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM
TROMBOFILIA
SOLICITAÇÃO INICIAL DE ENOXAPARINA**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____												
2	PESO DA PACIENTE: _____												
3	INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA: <table border="0"><tr><td>História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i></td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Trombofilia hereditária de alto risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
Trombofilia hereditária de baixo risco <i>(Se SIM, anexar exames comprobatórios conforme Checklist)</i>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>											
4	PARA PACIENTES COM HISTÓRIA PESSOAL DE TEV: 4.1 INFORMAR: Paciente com histórico de dois ou mais episódios de TEV? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 4.2 CLASSIFICAR O GRAU DE RISCO DE RECORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> <u>Moderado a alto risco</u> (TEV único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados). OU <input type="checkbox"/> <u>Baixo risco</u> (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).												
5	PARA PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO (SAF): 5.1 ASSINALAR CASO PACIENTE APRESENTE OS SEGUINTE CRITÉRIOS CLÍNICOS: <input type="checkbox"/> A) Histórico de um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (<i>anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite</i>) <input type="checkbox"/> B) Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente (<i>relatar no campo abaixo</i>) <input type="checkbox"/> C) Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfolologicamente normal e sem causa aparente (<i>relatar no campo abaixo</i>) <input type="checkbox"/> D) Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária (<i>relatar no campo abaixo</i>) 5.2 DETALHAR CRITÉRIOS (B, C ou D): _____ _____ _____ _____												



6	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: 									
7	INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes;	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>								
8	INFORMAR HISTÓRICO FAMILIAR: Paciente com histórico de TEV em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (Se SIM, anexar exames comprobatórios) Paciente com histórico de trombofilia hereditária de alto risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (Se SIM, anexar exames comprobatórios) Paciente com histórico de trombofilia hereditária de baixo risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (Se SIM, anexar exames comprobatórios)									
9	INFORMAR A TERAPIA INDICADA PARA A PACIENTE: <input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. – Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg/dia ou 60mg/dia, dependendo do peso corporal da paciente. <input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática no pós-parto. – Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40mg ou 60mg dependendo do peso corporal da paciente. <input type="checkbox"/> Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas pós-parto + AAS. – Enoxaparina sódica injetável 40mg/dia ou 60mg/dia dependendo do peso corporal da paciente + AAS comprimido 100mg/dia. <input type="checkbox"/> Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas pós-parto. – Enoxaparina sódica injetável de 60mg ou 80mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia. NOTA: Em casos de gestante com diagnóstico de síndrome do anticorpo fosfolipídico (SAF) e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena de 60mg a 80mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia.									



10	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO: IDADE GESTACIONAL (SEMANAS): _____ DATA PROVÁVEL DO PARTO: _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>

ATENÇÃO: De acordo com o PCDT, no ato da dispensação deve ser apresentado o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de β -hCG urinário, dosagem de β -hGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

Para pacientes que farão o uso, por até 6 semanas após o parto, é necessário que no ato da dispensação seja apresentado cópia do Sumário de Alta, contendo a data do parto.



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM
TROMBOFILIA
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	PARA PACIENTES GESTANTES, INFORMAR: Idade gestacional em semanas: _____ Data provável do parto: _____ PARA PACIENTES PÓS PARTO, INFORMAR: Data do parto: _____ (A profilaxia pode se iniciar no período pré-natal e se estender até 6 semanas pós-parto)
4	ANEXAR: Hemograma com plaquetas (validade 30 dias) e Creatinina sérica (validade 3 meses).
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>