

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

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Portaria Conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021

1. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome civil da paciente: _____

Nome social da paciente (quando aplicável): _____

2. PESO E DADOS DA PACIENTE

Peso da paciente: _____ kg Data de nascimento: ____/____/____

***Histórico obstétrico - número de:**

Gestações: _____ Parto vaginal: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

3. INFORMAR SE A PACIENTE APRESENTA

História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV) (Se SIM, anexar Exame de imagem (Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética).	SIM ()	NÃO ()
Síndrome Antifosfolípide (SAF) (Se SIM, anexar Duas dosagens com intervalo mínimo de 12 semanas de anticoagulante lúpico ou anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM).	SIM ()	NÃO ()
Trombofilia hereditária de alto risco (Se SIM, anexar laudo laboratorial de mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina (G20210A), deficiência da antitrombina III, mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas).	SIM ()	NÃO ()
Trombofilia hereditária de baixo risco (Se SIM, anexar laudo laboratorial de mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; Mutação heterozigótica para o gene protrombina (G20210A); deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípide na ausência de eventos clínicos).	SIM ()	NÃO ()

4. PARA PACIENTES COM HISTÓRIA PESSOAL DE TEV

4.1 Informar:

Paciente com histórico de dois ou mais episódios de TEV? SIM () NÃO ()

4.2 Classificar o grau de risco de recorrência:

() Moderado a alto risco (TEV único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados).

OU

() Baixo risco (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).

5. PARA PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE (SAF)

5.1 Assinalar caso a paciente apresente os seguintes critérios clínicos:

- () A) Histórico de um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (anexar exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);
- () B) Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente (relatar no campo abaixo);
- () C) Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfolologicamente normal e sem causa aparente (relatar no campo abaixo);
- () D) Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária (relatar no campo abaixo).

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

Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável	SIM ()	NÃO ()
História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente	SIM ()	NÃO ()
História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes	SIM ()	NÃO ()

8. INFORMAR HISTÓRICO FAMILIAR

Paciente com histórico de TEV em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM () NÃO ()
(Se SIM, anexar exames comprobatórios)

Paciente com histórico de trombofilia hereditária de ALTO risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM () NÃO ()
(Se SIM, anexar exames comprobatórios)

Paciente com histórico de trombofilia hereditária de BAIXO risco em pai, mãe, irmãos consanguíneos ou filhos? SIM () NÃO ()
(Se SIM, anexar exames comprobatórios)

9. INFORMAR A TERAPIA INDICADA PARA A PACIENTE

- () Anticoagulação profilática (até 89 Kg) - 40 mg/dia
- () Anticoagulação profilática (acima de 90 Kg) - 60 mg/dia
- () Anticoagulação plena* (até 69 Kg) – 60mg de 12/12 h
- () Anticoagulação plena* (acima de 70 Kg) – 80mg de 12/12 h

*Apenas para caso de gestantes com diagnóstico de SAF e Trombose vascular ou com 2 ou mais episódios de TEV

10. INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO

Idade gestacional (semanas): _____

Data provável do parto: ____/____/____

Se puérpera

A data do parto: ____/____/____

11. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

CRM/UF: _____

Data de preenchimento: ____/____/____