

## ENOXAPARINA SÓDICA

### Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia Portaria conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

#### Informações gerais

| ANTICOAGULAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL E POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ANTICOAGULAÇÃO APENAS POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ANTICOAGULAÇÃO PLENA                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg (a depender do peso corporal da paciente).</p> <p>Até 89 kg: 40 mg/dia<br/>Acima de 90 kg 60 mg/dia</p>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg (a depender do peso corporal da paciente).</p> <p>Até 89 kg: 40 mg/dia<br/>Acima de 90 kg 60 mg/dia</p>                                                                                                                                                                                                            | <p>Enoxaparina sódica injetável em dose de 60 mg ou 80 mg a cada 12 horas, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.</p> <p>Até 69 kg: 60 mg de 12 em 12 horas<br/>Acima de 70 kg: 80 mg de 12 em 12 horas*</p> <p>*A dose de 80 mg pode ser administrada com duas seringas de 40 mg.</p> |
| <p><b>Indicada para:</b></p> <p>a) história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados);<br/><b>ou</b><br/>b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;<br/><b>ou</b><br/>c) trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau.</p> | <p><b>Indicada para:</b></p> <p>a) trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;<br/><b>ou</b><br/>b) trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau;<br/><b>ou</b><br/>c) histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez).</p> | <p><b>Indicada para:</b></p> <p>a) gestante com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV.</p>                                                                                                                                                    |

**Dosagem/Apresentação: 40 mg/0,4 mL; 60mg/ 0,6mL – seringa preenchida**

**CIDs contemplados:** D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 40 mg/ mL – 124 seringas; 60 mg/ 0,6 mL – 62 seringas

- Para faturamento (SIGTAP): 40 mg/ 0,4 mL- 124 seringas; 60 mg/ 0,6 mL- 62 seringas

**Grupo de financiamento:** 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:**

Idade mínima: 09 anos;

Idade máxima: 60 anos;

Os códigos CID-10 acima especificados são aplicáveis apenas para gestantes.

**Documentos necessários para solicitação do medicamento**

**1ª Solicitação**

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de
  - comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS)
4. Cópia dos exames:
  - [Relatório médico](#) informando **critério de uso e terapia indicada** à paciente;
  - Relatório médico ou relato no campo anamnese do LME sobre a **data provável do parto ou data de parto**;
  - Laudo de um dos exames abaixo para comprovação da gestação:
    - Dosagem de  $\beta$ -HCG urinário;
    - Dosagem de  $\beta$ -HCG sérico;

- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

### Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia dos documentos pessoais do paciente;
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

#### Trimestralmente:

- Hemograma;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Relatório médico ou relato no campo anamnese do LME sobre a **data provável do parto ou data de parto**;

#### Em caso de alteração da terapia indicada:

- Relatório médico informando **critério de uso e terapia indicada** à paciente;
- Laudo de um dos exames abaixo para comprovação da gestação:
  - Dosagem de  $\beta$ -HCG urinário;
  - Dosagem de  $\beta$ -HCG sérico;
  - Ultrassonografia transvaginal ou pélvica.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [loais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.