



**RELATÓRIO MÉDICO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES**  
**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – *Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia***  
**PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 4 - 12/02/2020 (Publicada em 14/02/2020)**

A Sra. \_\_\_\_\_, gestante/puérpera, está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:

- D68.8 - Outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídeo)  I82.3 - Embolia e trombose de veia renal  
 I82.0 - Síndrome de Budd-Chiari  I82.8 - Embolia e trombose de outras veias especificadas  
 I82.1 - Tromboflebite migratória  O22.3 - Flebotrombose profunda na gravidez  
 I82.2 - Embolia e trombose de veia cava  O22.5 - Trombose venosa cerebral na gravidez

**Gestante:**

A data provável de parto\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Gestação\*: \_\_\_\_\_ semanas em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Puérpera:**

A data do parto\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**D) CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO\*:**

**( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV)**

Moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado, TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; Múltiplos TEV prévios não provocados)

**Descrever local do TEV:** \_\_\_\_\_

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

**Descrever condição de recorrência:** \_\_\_\_\_

**Obrigatório:** anexar exame de imagem diagnóstico trombólco – ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

**( ) Síndrome Antifosfolípídeo (SAF)**

**Critério Clínico (pelo menos 1 critério):**

- Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);  
 Histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;  
 Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal e sem causa aparente;  
 Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

**Critério Laboratorial (pelo menos 1 critério); (caso negativo, poderá ser repetido com intervalo mínimo de 12 semanas):**

- Anticoagulante lúpico detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH);  
 Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40 unidade de GPL/MPL) a altos (>80 unidade de GPL/MPL) mensurados por teste ELISA padronizado;  
 Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM acima do percentil 99 mensurada por teste ELISA padronizado

**Obrigatório:** anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM.

**( ) Trombofilia hereditária de alto risco**

- Mutação homocigótica para o fator V de Leiden;  
 Mutação homocigótica para o gene da protrombina;  
 Deficiência da antitrombina III;  
 Mutações heterocigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas;  
 Síndrome Antifosfolípídeo (SAF).

**Obrigatório:** anexar laudo laboratorial: mutação para o fator V de Leiden; mutação para o gene da protrombina; deficiência da antitrombina III.

**( ) Trombofilia hereditária de baixo risco**

- ( ) Mutação heterozigótica para o fator V de Leiden;
- ( ) Mutação heterozigótica para o gene da protrombina;
- ( ) Deficiência da proteína C ou da proteína S.

**Obrigatório:** anexar laudo laboratorial: mutação para o fator V de Leiden; mutação para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos.

---

**II) DEMAIS EXAMES OBRIGATÓRIOS\*:**

- ( ) Hemograma completo
  - ( ) Creatinina sérica
  - ( ) Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hGC sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica
- \*\*Deverá ser apresentado exame comprobatório do estado gestacional a cada dispensação do medicamento**
- 

**III) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO\*:**

- ( ) Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular;
  - ( ) Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável;
  - ( ) História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente;
  - ( ) **Nenhuma das alternativas anteriores.**
- 

**IV) TRATAMENTOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO\* (indicar pelo menos 1):**

***Anticoagulação profilática durante o pré natal e por até 6 semanas no pós parto:***

- ( ) 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);
- ( ) Diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;
- ( ) Trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau.

***Anticoagulação profilática no pós parto até 6 semanas:***

- ( ) Trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;
- ( ) Trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau;
- ( ) Histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez)

***Anticoagulação plena:***

- ( ) Diagnóstico de SAF e trombose vascular;
  - ( ) Dois ou mais episódios de TEV
- 

**V) FÁRMACOS PADRONIZADOS E POSOLOGIA\*:**

- ( ) ***Enoxaparina sódica - solução injetável de 40mg/0,4mL (única apresentação disponível):***

***Anticoagulação profilática:***

- ( ) Dose única diária de 40 mg, por via subcutânea, durante a gestação e 6 semanas de pós-parto.
- ( ) Pacientes acima de 90 Kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar 80 mg (dose única diária).

***Anticoagulação plena:***

- ( ) Para diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV: dose 1 mg/Kg, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia.

**Demais condições relevantes:**

---

---

---

**DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR\***

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/DF: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico Assistente e Carimbo**

**\*Campos de preenchimento obrigatório**