

Critérios para diagnóstico de certeza da síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF)

Critério clínico (1 ou mais dos seguintes)

- Trombose vascular: 1 ou mais episódios confirmados, de modo objetivo, de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos em qualquer tecido ou órgão.
- Morbidade na gravidez: 1 ou mais mortes não esclarecidas de um feto morfológicamente normal na 10^a semana ou mais de gravidez; ou 1 ou mais nascimentos prematuros de um neonato morfológicamente normal antes da 34^a semana de gravidez em razão de eclampsia, pré-eclampsia ou insuficiência da placenta; 3 ou mais abortos espontâneos consecutivos e não esclarecidos antes da 10^a semana de gravidez.

Critérios de laboratório clínico (1 ou mais dos seguintes exames devem estar positivos em 2 ou mais ocasiões distintas com pelo menos 12 semanas de intervalo entre os resultados)

- Presença de anticorpo antilúptico
- Presença de anticorpo anticardiolipina IgG ou IgM com teor acima de 40 U

Para o diagnóstico definitivo de SAAF, obrigatoriamente, deve-se apresentar pelo menos um critério clínico e um de laboratório clínico.

Observação:

Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de enoxaparina sódica à farmácia da SMS/SP e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia; e a outra entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de enoxaparina sódica, indicada para a profilaxia e o tratamento de tromboembolismo venoso.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Fui claramente informado(a) a respeito dos seguintes efeitos adversos e riscos do uso deste produto:

- Hemorragias
- Trombocitopenia e trombocitose
- Reação alérgica
- Aumento das enzimas hepáticas
- Urticária, prurido e eritema
- Osteoporose na terapia prolongada (acima de 3 meses)

Estou ciente de que este produto somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o produto.

Autorizo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a fazer uso de informações relativas ao emprego de enoxaparina sódica, desde que assegure o anonimato.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de enoxaparina sódica, indicada para a profilaxia e o tratamento de tromboembolismo venoso.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Fui claramente informado(a) a respeito dos seguintes efeitos adversos e riscos do uso deste produto:

- Hemorragias
- Trombocitopenia e trombocitose
- Reação alérgica
- Aumento das enzimas hepáticas
- Urticária, prurido e eritema
- Osteoporose na terapia prolongada (acima de 3 meses)

Estou ciente de que este produto somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o produto.

Autorizo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a fazer uso de informações relativas ao emprego de enoxaparina sódica, desde que assegure o anonimato.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____