

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
JAÚ- SP**

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA- CFT

**PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO
ENOXAPARINA 40MG/ML - INJETÁVEL**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAHU
“Fundada em 15 de agosto de 1853”
SECRETARIA DE SAÚDE

POTOCOLO PARA A DISPENSAÇÃO DE ENOXAPARINA 40MG/ML - INJETÁVEL

1.0- Introdução

A Enoxaparina, indicado para o tratamento da trombose venosa profunda com ou sem embolismo pulmonar; tratamento da angina instável e infarto do miocárdio sem elevação do segmento. Além disso, é indicado para a profilaxia do tromboembolismo venoso.

Pertence ao Protocolo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, para gestantes com tromboembolismo venoso (trombofilia), CID: D68.8, I82,0, I82,2, I82,3, I82,8, O22,3, O22,5.

As cirurgias apresentam ALTO RISCO para fenômenos tromboembólicos venosos (TEV), devendo ser usados métodos mecânicos e medicamentosos para a profilaxia. A prevenção é a chave para evitar o TEV .

2.0- Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo pacientes gestantes que deram entrada no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, mas que ainda não estão recebendo o medicamento e pós-cirúrgico, solicitado pelo médico, para evitar qualquer tipo de trombose por tempo pré determinado.

3.0- Critérios de Exclusão

Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular; Hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente. É contraindicado para crianças.

4.0- Conclusão

A enoxaparina é utilizada para o tratamento da trombose venosa profunda já estabelecida com ou sem embolia pulmonar, profilaxia de embolia e trombose venosas e recidivas, associados à cirurgia ortopédica ou à cirurgia geral e na prevenção de trombofilia em gestantes.

5.0- Critérios para a dispensação da Enoxaparian 40mg/ml injetável

5.1- Apresentar Prescrição Médica original que acompanha o caso descrevendo o CID.

5.2- Documentos pessoais:

- CPF (criança e responsável)
- RG
- Cartão SUS
- Comprovante de endereço do responsável (com CEP do município);

5.3- A dispensação sera realizada mensalmente mediante a apresentação dos itens 1 e 2 acima mencionados ;

5.4- A quantidade dispensada para 1 mês

5.5- Local de dispensação:

Farmácia Judicial Municipal locada na Secetaria de Saúde de Jaú

Rua: Francisco Glicério, 855, Fone: (14) 3623777

Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta das 07:30 às 17 hrs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://consultaremedios.com.br/rivaroxabana/bula?srsltid=AfmBOooJMvQ4STirOfuXC4VKRjcnrO3RILzEWgUtg0kmPd2MJL4cpwmV>

<https://cdn.euofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/versa-bula-profissional-saude-euofarma.pdf>