

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP

1 Número de Prontuário	2 CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Social <input type="radio"/> Nome Civil
4 Nome Completo do Usuário - Civil		
5 Nome Social		
6 Nome completo da Mãe		
7 Data de Nascimento	8 CPF	
9 País de Nascimento	10 Nacionalidade	
11 Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de Fronteira <input type="radio"/> Não Residente	12 Residência do estrangeiro	
13 UF de Nascimento	14 Cidade de Nascimento	15 Pessoa em situação de rua <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
16 Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis	17 Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual / Gay / Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	
18 Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti / Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual		
19 Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena	20 Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/Sem Educação Formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 e mais anos	
21 Permite contato * <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	22 Tipo de contato <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail	
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.		
23 Endereço		
24 Bairro	25 CEP	
26 Cidade de Residência (Cidade / UF)	27 E-mail para contato	
28 Telefone para Contato (DDD + Número)	29 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	
30 Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)	31 Usuário SUS Data: ____/____/____ _____ (assinatura)	

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Preencher o formulário, se possível, diretamente no SICLOM. Os campos sombreados (hachurados) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

Janeiro/2018

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- Número de Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde.
- 02- CNS–Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 03- Identificação do usuário nos relatórios:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência.
- 04- Nome Completo do Usuário - Civil:** Preencher com o nome completo do(a) usuário(a), sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. **(Preenchimento obrigatório).**
- 05- Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 06- Nome Completo da Mãe:** Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal. **(Preenchimento obrigatório).**
- 07- Data de Nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório).**
- 08- CPF:** Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua).**
- 09- País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do Usuário SUS. **(Preenchimento obrigatório).**
- 10- Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS.
- 11- Situação do Estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
- 12- Residência do Estrangeiro:** Refere-se ao local de residência do Usuário SUS.
- 13- UF de Nascimento:** Refere-se à UF de nascimento do Usuário SUS.
- 14- Cidade de Nascimento:** Refere-se ao município, cidade de nascimento do Usuário SUS.
- 15- Pessoa em situação de rua:** Informar se o paciente está em situação de rua ou não **(Preenchimento obrigatório).**
- 16- Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis **(Preenchimento obrigatório).**
- 17- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a) **(Preenchimento obrigatório).**
- 18- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a) **(Preenchimento obrigatório).**
- 19- Raça / Cor:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida. **(Preenchimento obrigatório).**
- 20- Escolaridade:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. **(Preenchimento obrigatório).**
- 21- Permite contato:** **Preenchimento obrigatório** e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao Usuário SUS se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUCAO NORMATIVA No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007 **(Preenchimento obrigatório).**
- 22- Tipo de contato:** Caso o Usuário SUS autorize o contato do serviço, informar o tipo de contato autorizado.
- 23- Endereço:** Endereço de residência do Usuário SUS - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o Usuário SUS autorize contato.
- 24- Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS.
- 25- CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.
- 26- Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do Usuário SUS.
- 27- E-mail:** E-mail de contato do Usuário SUS.
- 28- Telefone para contato (DDD + número):** Informar o número do telefone do Usuário SUS com DDD.
- 29- Acompanhamento Médico:** Para os Usuários SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em **Pública**. Para aqueles Usuários SUS atendidos por médicos particulares, indique **Privada (Preenchimento obrigatório).**
- 30- Responsável pelo Atendimento:** Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do médico **(Preenchimento obrigatório).**
- 31- Usuário SUS:** Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS **(Preenchimento obrigatório).**