

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PROFILAXIA

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 Nacionalidade	10 País de Nascimento	
11 Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de Fronteira <input type="radio"/> Não Residente		12 Pessoa em situação de rua <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
13 Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis	14 Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual / Gay / Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	
15 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		
16 Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena	17 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	
18 Permite contato * <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	19 Tipo de contato <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail	
20 Endereço		
21 Bairro		22 CEP
23 Cidade de Residência (Cidade / UF)		24 E-mail para contato
25 Telefone para Contato (DDD + Número)	26 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	
27 Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____ <div style="text-align: center;">(carimbo e assinatura)</div>	28 Usuário SUS Data: ____/____/____ <div style="text-align: center;">(assinatura)</div>	

• Preencher o formulário, se possível, diretamente no SILOM. 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 alternativa é possível (múltipla escolha)

Novembro/2017

DETALHAMENTO DS 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 - Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS.

10 - País de Nascimento: Informar o país de nascimento do Usuário SUS. **(Preenchimento obrigatório)**

11 - Situação do Estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.

12 – Pessoa em situação de rua: Informar se o paciente está em situação de rua ou não **(Preenchimento obrigatório)**

13- 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).**

14- 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)**

15- 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 percebeu 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)**

16- Raça / Cor: Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida **(Preenchimento obrigatório)**

17- Escolaridade: Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. **(Preenchimento obrigatório)**

18- Permite Contato: O preenchimento deste campo é 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 a 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 INSTITUIÇÃO NORMATIVA Nº 1.626, de julho de 2007 **(Preenchimento obrigatório)**

19- Tipo de Contato: Caso o Usuário SUS autorize o contato do serviço, informar o tipo de contato autorizado.

20- Endereço: Refere-se ao 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.

21- Bairro: Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS.

22- CEP: Introduzir o código de endereço postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.

23- Cidade de Residência: Refere-se ao município, cidade de residência do Usuário SUS.

24-E-mail: Contato do Usuário SUS.

25 - Telefone para contato (DDD + número): informar o número do telefone do Usuário SUS completo com DDD.

26 - 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)**

27 - Responsável pelo Atendimento: Informar a data do atendimento com assinatura e carimbo do médico **(Preenchimento obrigatório)**

28 - Usuário SUS: Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS **(Preenchimento obrigatório)**