

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE GESTANTE - HEPATITE B

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 Cidade de Nascimento (Cidade / UF)	12 Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não Residente <input type="radio"/> Habitante de Fronteira	
13 Residência do estrangeiro	16 Diagnóstico Materno: <input type="radio"/> Anterior à gestação atual Data do diagnóstico ____/____/____ <input type="radio"/> Durante a gestação atual Idade gestacional do diagnóstico ____ semanas de gestação	17 Pessoa em situação de rua no momento <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
14 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	15 Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela	18 Pessoa privada de liberdade no momento <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
19 Endereço		
20 Bairro	21 CEP	
22 Cidade de Residência (Cidade / UF)	23 E-mail para contato	
24 Tipo do telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	25 Telefone para Contato (DDD + Número)	26 Observação
24 Tipo do telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	25 Telefone para Contato (DDD + Número)	
27 Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)	28 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).

Abri/2019

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 Preferencial do Usuário:** 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, pessoas em situação de rua, estrangeiros e menores de 18 anos).**
- 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- Cidade e UF de Nascimento:** Refere-se ao município, cidade de nascimento e à UF de nascimento do Usuário SUS.
- 12- Situação do Estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
- 13- Residência do Estrangeiro:** Refere-se ao local de residência do Usuário SUS.
- 14 - Escolaridade:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. **(Preenchimento obrigatório).**
- 15- Raça / Cor:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida. **(Preenchimento obrigatório).**
- 16 - Diagnóstico materno:** Se é um diagnóstico prévio à gestação ou se diagnosticada durante a gestação.
- 17- Pessoa em situação de rua:** Informar se o paciente está em situação de rua ou não **(Preenchimento obrigatório).**
- 18 - Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o paciente está em situação de privação de liberdade ou não **(Preenchimento obrigatório).**
- 19- 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.
- 20- Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS.
- 21- CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.
- 22- Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do Usuário SUS.
- 23- E-mail:** E-mail de contato do Usuário SUS.
- 24 e 25- Telefone para contato (DDD + número):** Informar o número do telefone do Usuário SUS com DDD.
- 26 - Observação:** Qualquer observação sobre o telefone do paciente.
- 30- Responsável pelo preenchimento:** Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do profissional responsável pelo cadastro do paciente **(Preenchimento obrigatório).**
- 31- Usuário SUS:** Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS **(Preenchimento obrigatório)**