

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS

1 Número de Prontuário	2 CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 Identificação do Usuário nos relatórios <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Social
------------------------	----------------------------------	---

4 Nome Completo do Usuário - Civil

5 Nome Social

6 Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável)

7 Cidade de Nascimento (Cidade / UF)	8 País de Nascimento
--------------------------------------	----------------------

9 Nacionalidade	10 Situação do estrangeiro <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Habitante de Fronteira <input type="checkbox"/> Não Residente
-----------------	---

11 Data de Nascimento	12 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
-----------------------	---

13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	14 CPF
---	--------

15 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável

16 Permite contato * [1] sim [2] não	17 Tipo de contato [4] Telefone [3] e-mail [5] Contato com terceiros [2] Correio [4] Visita Domiciliar [9] outros _____	_____ (assinatura)
---	---	-----------------------

* 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.

18 Endereço

19 Bairro	20 CEP
-----------	--------

21 Cidade de Residência (Cidade / UF)	22 E-mail para contato
---------------------------------------	------------------------

23 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	24 Telefone para Contato (DDD + Número)
--	---

25 Observação

26 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	27 Telefone para Contato (DDD + Número)
--	---

28 Observação

29 Escolaridade <input type="checkbox"/> De 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 12 e mais anos <input type="checkbox"/> Não informada <input type="checkbox"/> De 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos	Exames que motivaram o início da TARV 30 1º CD4 <input type="text"/> 31 1ª Carga Viral <input type="text"/>
---	--

32 Ação Cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	34 Ano de início do Tratamento
--	---	--------------------------------

Pessoas Autorizadas a retirar o medicamento

Nome Completo da pessoa autorizada 1

Nome Completo da pessoa autorizada 2

Nome Completo da pessoa autorizada 3

Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)	Usuário SUS Data: ____/____/____ _____ (assinatura)
---	--

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Os campos sombreados(hachurados) são de preenchimento obrigatório.
2. O local de cadastramento determina o local de retirada dos medicamentos pelo Usuário SUS. O Usuário não poderá, portanto, retirar medicamentos em outras unidades dispensadoras.
3. **ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Maio-2010

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

01 - Número de Prontuário: Número do Prontuário do Usuário SUS.

02 - CNS – Cartão Nacional de Saúde: Caso o usuário SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.

03 - Identificação do usuário nos relatórios: O usuário deverá escolher como será identificado nos relatórios do sistema, se pelo nome registrado em seu documento ou pelo nome social, no caso de possuir um.

04 - Nome Completo do Usuário: Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial.

05 - Nome social: é o nome pelo qual o usuário prefere ser chamado, o qual reflete sua identidade de gênero.

06 - Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável): Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal.

07 - Cidade de Nascimento (cidade/UF): Nome da cidade de nascimento e Unidade da Federação. Para os estrangeiros, informar neste campo o país de nascimento.

08 - Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do Usuário SUS.

09 - Sexo: Marque com "X" sobre o sexo do Usuário SUS.

10 - Raça / Cor: Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.

11 - CPF: Informar o número do CPF corretamente.

12 - Estado Civil: Registrar a situação conjugal atual do usuário. A categoria casado é definida pelo registro civil. União estável é definida pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente está em uma união estável com alguém, prevalece a situação atual – união estável.

13 - Permite contato: O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não vier para buscar os medicamentos em determinado mês, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. 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. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, a farmácia) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUÇÃO NORMATIVA No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007

14 - Tipo de contato: Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas.

Campo Assinatura: A assinatura é obrigatória permitindo o contato ou não com o usuário.

15 - Endereço: Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.

16 - Bairro: Refere-se ao bairro de residência do usuário.

17 - CEP: Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.

18 - Cidade de Residência: Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.

19 - E-mail: E-mail de contato do usuário.

20 e 21 - Tipo do telefone: Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.

23 e 24 - Telefone para contato (DDD + número): N° do telefone precedido sempre pelo n° do DDD.

22 e 25 Observação: Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, n° do BIP etc.

26 – Escolaridade: Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".

27 - 1º CD4: Valor do CD4 em células/mm³, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.

28 – 1ª Carga Viral: Valor da carga viral em cópias/ml, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.

29 – Ação Cautelar: A ação cautelar é uma decisão emanada do Poder Judiciário determinando o fornecimento obrigatório dos medicamentos nela discriminados ao usuário que a moveu. As dispensas dos usuários com ação cautelar não gerará o impedimento de consenso.

30 – Acompanhamento Médico: Para os Usuário SUSs atendidos na rede pública, marque um "X" em pública, para aqueles Usuário SUSs atendidos por médicos particulares, indique privada.

31 – Ano de início de Terapia: Marcar em qual ano o usuário SUS começou a terapia com ARV.

Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento: O Usuário SUS, no ato do seu cadastramento, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).