

## 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"/> Oficial <input type="checkbox"/> Social
------------------------	----------------------------------	---

4 Nome Completo do Usuário - Oficial
--------------------------------------

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 Data de Nascimento	10 Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	11 País de Nacionalidade
----------------------	---	--------------------------

12 Situação do estrangeiro <input type="checkbox"/> Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Habitante de Fronteira <input type="checkbox"/> Não Residente no Brasil	13 Cidade de residência – Habitante de fronteira e Não residente no Brasil
---	--

14 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	15 CPF
---	--------

16 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
---

17 Permite contato * [ 1 ] sim [ 2 ] não	18 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.

19 Endereço
-------------

20 Bairro	21 CEP
-----------	--------

22 Cidade de Residência (Cidade / UF)	23 E-mail para contato
---------------------------------------	------------------------

24 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	25 Telefone para Contato (DDD + Número)
--	---

26 Observação
---------------

27 Tipo do telefone: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	28 Telefone para Contato (DDD + Número)
--	---

29 Observação
---------------

30 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 31 1º CD4    32 1ª Carga Viral
---	---

33 Ação Cautelar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	35 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: ____/____/____  <div style="text-align: center;">(carimbo e assinatura)</div>	Usuário SUS Data: ____/____/____  <div style="text-align: center;">(assinatura)</div>
---	--

## 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".**

Março - 2016

## 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 - País de Nascimento:** País de nascimento do usuário SUS.
- 09 - Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento do Usuário SUS.
- 10 - Sexo:** Marque com "X" o sexo do Usuário SUS
- 11 - País de Nacionalidade:** Se o país de nascimento do Usuário SUS for diferente de Brasil informar o seu país de nacionalidade..
- 12 - Situação do Estrangeiro:** RESIDENTE NO BRASIL(estrangeiro com visto permanente ou recepcionado pela legislação brasileira pelos institutos jurídicos do asilo, refúgio ou exílio); HABITANTE DE FRONTEIRA (estrangeiro residente em país limítrofe ao território nacional. Exemplo: Uruguai, Argentina, Colômbia, Venezuela); NÃO RESIDENTE NO BRASIL(estrangeiro na condição de estudante, turista, a trabalho ou serviço diplomático, com visto temporário ou não)
- 13 - Cidade de residência – Habitante de fronteira e Não residente no Brasil:** Se habitante de fronteira e não residente no Brasil deverá ser informado o nome da cidade de residência.
- 14 -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.
- 15 - CPF:** Informar o número do CPF corretamente.
- 16 - 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.
- 17 - 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.
- 18 - 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.
- 19 - 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.
- 20 - Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do usuário.
- 21 - CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.
- 22 - Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.
- 23 - E-mail:** E-mail de contato do usuário.
- 24 e 27 - Tipo do telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 26 e 27 - Telefone para contato (DDD + número):** N° do telefone precedido sempre pelo n° do DDD.
- 25 e 29 - Observação:** Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, n° do BIP etc.
- 30 - 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".
- 31 - 1º CD4:** Valor do CD4 em células/mm3, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.
- 32 - 1ª Carga Viral:** Valor da carga viral em cópias/ml, conforme cópia do exame que motivou o início da TARV.
- 33 - 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.
- 34 – Acompanhamento Médico:** Para os Usuário SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em pública, para aqueles Usuário SUSs atendidos por médicos particulares, indique privada.
- 35 – Ano de início do tratamento:** 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).