

TERMO DE COMPROMISSO que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, neste ato representado pelo Dr. Luiz de Melo Amorim Filho, Diretor Geral do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO, com sede na Rua Frei Caneca, 8 – Centro – RJ – CEP: 20211-030, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 42.498.717/0010-46 e CNES nº 2295067, por delegação exclusiva objeto da Resolução SES nº 1.151/2015, doravante denominado **Compromitente** e

(nome da Unidade de Saúde), com sede na _____

(endereço completo), inscrito (a) no CNPJ/MF sob o nº _____ e CNES nº _____, doravante denominada **Compromissária**, neste ato representado (a) por _____

(nome do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde ou do (a) Diretor (a) Geral da Unidade de Saúde).

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente instrumento é estabelecer as condições para o fornecimento de hemoderivados para atendimento aos pacientes com coagulopatias primárias residentes no município da **Compromissária**, ou em município que o tenha como referência, pelo **Compromitente** à **Compromissária**, a qual tem ciência de que os hemoderivados oriundos do HEMORIO são fornecidos pelo Ministério da Saúde, não podendo ser comercializados.

Parágrafo Primeiro – CADASTRO

Para receber hemoderivados procedentes do Ministério da Saúde, a **Compromissária** deve ser entidade pública ou instituição privada conveniada ao Sistema Único de Saúde e estar cadastrada junto ao **Compromitente**:

- A. O cadastro é efetuado por meio da Ficha de Cadastro de Unidade de Saúde com Assistência às Pessoas com Doenças Hematológicas, ANEXO I, preenchida em sua totalidade, datada e assinada.
- B. O cadastro deve ser renovado anualmente.
- C. Para o cadastro ou sua renovação, é necessário o envio de cópia da Licença de Funcionamento do Serviço de Hemoterapia ou do protocolo de solicitação de licença inicial e/ou de renovação de licença do ano vigente junto a Superintendência de Vigilância Sanitária/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES.
- D. O **Compromitente** cadastra a **Compromissária** no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde.

Parágrafo Segundo – SOLICITAÇÃO DE HEMODERIVADOS PARA ESTOQUE

- A. A solicitação de hemoderivados deve ser efetuada pela **Compromissária** por meio do formulário Solicitação de Hemoderivados para Estoque, ANEXO II, cujo modelo é fornecido pelo **Compromitente**;
- B. O formulário Solicitação de Hemoderivados para Estoque deve ser corretamente preenchido e assinado, pelo Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia da **Compromissária** ou seu substituto oficial.

Parágrafo Terceiro – RETIRADA DE HEMODERIVADOS

- A. A retirada de hemoderivados do **Compromitente** deve ser realizada, exclusivamente, por profissionais autorizados da **Compromissária**, portando documento de identificação oficial, na Expedição, Armazenamento e Procedimentos Especiais, no 2º andar do HEMORIO.
- B. O profissional autorizado pela **Compromissária** deve conferir os hemoderivados recebidos e assinar as duas vias do documento de “Expedição de Hemoderivados” emitido pelo **Compromitente**.

Parágrafo Quarto – TRANSPORTE DE HEMODERIVADOS

Para o transporte dos produtos fornecidos, a **Compromissária** deve cumprir a normas vigentes, além de atender às seguintes exigências:

- A. Utilizar caixas isotérmicas de poliuretano ou de isopor contendo gelo reciclável apropriado para manter a temperatura adequada de transporte.
- B. Garantir as condições necessárias para que a entrega dos hemoderivados ao seu destino seja efetuada com a maior brevidade possível.
- C. Garantir que o transporte dos hemoderivados fornecidos seja efetuado junto a uma via do documento “Expedição de Hemoderivados” assinado por funcionário da **Compromissária**.

Parágrafo Quinto – ORIENTAÇÕES PARA O USO E INFUSÃO DE HEMODERIVADOS

O **Compromitente** disponibiliza à **Compromissária** equipe médica e de enfermagem especializada para orientar, quando solicitado, condutas sobre a terapêutica e a infusão de hemoderivados de seus pacientes. A **Compromissária** deve cadastrar um profissional Enfermeiro de referência do Serviço para treinamento e reciclagem periódicas no **Compromitente**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

Parágrafo Primeiro – RECEBIMENTO E GERENCIAMENTO DO ESTOQUE

- A. Conferir a quantidade de hemoderivados recebida, conforme o documento de expedição.
- B. Fazer a inspeção visual dos produtos recebidos.
- C. Comunicar ao **Compromitente** qualquer não conformidade encontrada nos hemoderivados recebidos, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.
- D. Estocar os hemoderivados em temperatura adequada, conforme orientação do fabricante, registrar temperaturas por meio de gráfico contínuo ou manual a cada 4 (quatro) horas e mantê-los arquivados.
- E. Realizar validação dos lotes recebidos no Sistema Hemovida Web Coagulopatias/MS, até no máximo 7 dias após o recebimento.
- F. Indicar e acompanhar a infusão dos hemoderivados.
- G. Realizar o atendimento e tratamento dos pacientes que apresentam reações à infusão de hemoderivados.
- H. Informar ao **Compromitente** qualquer reação transfusional ocorrida, por meio de ofício.
- I. Incluir pacientes no programa de Dose Domiciliar, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- J. Cumprir o protocolo do Ministério da Saúde para o fornecimento de hemoderivados aos pacientes com diagnóstico de coagulopatia hereditária.

- K. Controlar os hemoderivados fornecidos para Dose Domiciliar, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- L. Suspender o fornecimento de hemoderivados para Dose Domiciliar, conforme as orientações do **Compromitente**.
- M. Não comercializar os hemoderivados recebidos do **Compromitente**.
- N. Informar o estoque de hemoderivados no formulário de “Solicitação de Hemoderivados para Estoque” quando da solicitação do fornecimento dos diversos produtos.
- O. Devolver ao **Compromitente** os hemoderivados estocados, no caso de problemas técnicos para o armazenamento adequado.
- P. Devolver ao **Compromitente** os hemoderivados estocados e não utilizados que atingirem 120 (cento e vinte) dias do prazo de validade.
- Q. Devolver ao **Compromitente**, quando solicitado, os hemoderivados estocados.

Parágrafo Segundo – CADASTRO DE INSTITUIÇÃO E USUÁRIOS DO SISTEMA HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS

Manter atualizados dados da instituição e dos profissionais usuários com perfil de Prestador de Assistência 3 e Controlador de Estoque de Serviço junto ao **Compromitente**:

- A. Enviar ao Gestor Estadual a ficha Cadastro de Usuários do Estado do Rio de Janeiro, ANEXO III devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia público no Estado do Rio de Janeiro para atualizações pelo **Compromitente** no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde.
- B. Enviar ao Gestor Estadual o Termo de Responsabilidade para o Uso do Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde, ANEXO IV devidamente preenchido, datado e assinado pelo usuário do Serviço de Hemoterapia público no Estado do Rio de Janeiro para arquivamento no **Compromitente**.

Parágrafo Terceiro – CADASTRO DE PESSOA COM ALTERAÇÕES DA HEMOSTASIA

Manter atualizado o Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia atendido pela **Compromissária** junto ao **Compromitente**, encaminhando alterações de dados cadastrais, diagnóstico, exames e complicações clínicas para a devida inclusão no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde, por meio do ANEXO V.

Parágrafo Quarto – LANÇAMENTO DOS HEMODERIVADOS INFUNDIDOS

Lançar no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde, os hemoderivados infundidos/fornecidos aos pacientes sob responsabilidade da **Compromissária**. Cumprir o cronograma de Fechamento do Banco de Infusão, informado anualmente, por e-mail, pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAS/MS

Parágrafo Quinto – REGISTRO DO HISTÓRICO DE ATENDIMENTOS

Manter registros e arquivamento dos atendimentos aos pacientes assistidos pela **Compromissária**, por meio de prontuário manual ou eletrônico com dados clínicos, entre outros, intercorrências clínicas, eventos adversos, reações transfusionais e respectivas ações adotadas.

Parágrafo Sexto – HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS - MANUAL DE OPERAÇÕES

Fazer cumprir rigorosamente o contido no Hemovida Web Coagulopatias - Manual de Operações do MS/SE/DATASUS, de Fevereiro de 2009.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

O **Compromitente** deve:

- A. Atender às solicitações da **Compromissária** conforme o estabelecido no OBJETO e a disponibilidade de produto em estoque.
- B. Cadastrar profissionais/usuários indicados pela **Compromissária** no Sistema Hemovida Web Coagulopatias para emissão de senha de acesso pelo Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde.
- C. Realizar visita técnica ao local de armazenamento dos hemoderivados da **Compromissária**, sempre que necessário.
- D. Realizar treinamento sobre administração do medicamento, sempre que necessário.

CLÁUSULA QUARTA – NORMAS E REGULAMENTOS EM HEMOTERAPIA VIGENTES

- A. Fazer cumprir rigorosamente as Normas e Regulamentos em Hemoterapia vigentes e publicados posteriormente a emissão deste Termo:
 - Resolução SES nº 587, de 13 de setembro de 1990.
 - Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, Ministério da Saúde.
 - Resolução - RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, MS/ANVISA.
 - Resolução - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, MS/ANVISA.
 - Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 28 de setembro de 2017.

CLÁUSULA QUINTA – ARQUIVAMENTO

- A. A **Compromissária** e o **Compromitente** devem garantir que os documentos sejam legíveis, compreensíveis, invioláveis, datados e assinados por pessoal autorizado, devendo, no caso de correção, permitir a leitura da informação original.
- B. Todos os registros devem ter sua integridade garantida e permanecer arquivados pelo período mínimo de 20 (vinte) anos, de forma tal que sejam recuperados e disponibilizados sempre que necessário.
- C. A **Compromissária** e o **Compromitente** ficam obrigados a informar, quando solicitado, os dados de seus registros, incluindo os de cadastro e dos eventos adversos à Vigilância Sanitária competente.
- D. A **Compromissária** e o **Compromitente** devem manter o presente instrumento arquivado por 05 (cinco) anos após a sua vigência.

CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Para fins de prestação de contas dos hemoderivados recebidos, a **Compromissária** deve encaminhar ao **Compromitente** (via Núcleo de Comunicação Administrativa ou para e-mail: expedicao@hemorio.rj.gov.br), o Boletim Mensal de Medicamentos - BOMEM-RJ, ANEXO VII devidamente preenchido e assinado pelo Responsável Técnico, seu substituto legal ou por superior hierárquico, até o 5º dia útil de cada mês.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DOS ADITIVOS

O presente instrumento terá sua vigência a partir da data de sua assinatura até a data de **30 de abril de 2020**, podendo ser alterado por meio de Termo Aditivo, desde que não haja modificação do OBJETO.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

O presente **TERMO DE COMPROMISSO** poderá ser rescindido, de pleno direito, no caso de se infringir qualquer uma das cláusulas e condições nele estipuladas, podendo ainda ser denunciada por qualquer dos interessados, com a antecedência mínima de 20 (vinte) dias ou a qualquer tempo, diante da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecuível. No caso de rescisão, não haverá ônus nem direito a indenização para nenhuma das partes.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser discriminadas administrativamente, deverão ser julgadas no Foro da Comarca da Cidade do Rio de Janeiro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente **TERMO DE COMPROMISSO**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos e legais efeitos.

Rio de Janeiro, de

de 2019.

Compromitente – Diretor Geral do HEMORIO

Dr. Luiz de Melo Amorim Filho

CRM 52.32217-3

Compromissária – Secretário (a) Municipal de Saúde ou Diretor (a) da Unidade de Saúde
Assinatura e Nº CRM ou Nº RG

Compromissária – Responsável Técnico (a) do Serviço de Hemoterapia
Assinatura e Nº CRM ou Nº RG

Testemunhas:

1) _____ 2) _____
Nome: **Nome:**
RG: **RG:**

ANEXO I
Ficha de Cadastro



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



FICHA DE CADASTRO

UNIDADE DE SAÚDE COM ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição _____

Razão Social _____

CNPJ _____ CNES _____

Endereço _____

Bairro _____ CEP _____

Município _____

Natureza da Instituição

Pública Municipal Estadual Federal

Conveniada ao SUS Data da Publicação no DO: ____/____/____

Diretor Médico _____

CRM _____ Celular _____ e-mail _____

Telefone _____ Ramal _____ FAX _____

Médico responsável pela assistência de pessoas com doenças hematológicas

_____ CRM _____

II - TIPOS DE ASSISTÊNCIA

Adultos Todas as Doenças Hematológicas Doenças Hematológicas Benignas

Apenas Coagulopatias Apenas Hemoglobinopatias

Outros _____

Número de pessoas assistidas _____

Crianças Todas as Doenças Hematológicas Doenças Hematológicas Benignas

(0 a 17 anos incompletos) Apenas Coagulopatias Apenas Hemoglobinopatias

Outros _____

Número de pessoas assistidas _____

III - CAPACIDADE INSTALADA PARA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇA HEMATOLÓGICA

Ambulatório SIM NÃO Número de Turnos _____

Internação SIM NÃO Número de Leitos _____

Emergência SIM NÃO

dd/mm/aa

Assinatura
Nº do CRM ou RG do(a) Diretor(a) da Unidade /
Secretário(a) Municipal de Saúde

ASSESSORIA HEMORREDE
Rua Frei Caneca, 8 – 8º andar – Sala 811 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20.211-030
Tel.: 55 (21) 2332-8610
www.hemorio.rj.gov.br / e-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br

ANEXO II

Solicitação de Hemoderivados – Estoque



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



SOLICITAÇÃO DE HEMODERIVADOS – ESTOQUE

Unidade de Saúde: _____ Tel: _____

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 8	250		
	500		
	1000		

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 8 Recombinante (ADVATE)	250		
	500		
	1000		

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 8 von Willebrand	500		
	1000		

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 9	250		
	500		
	1000		

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Complexo Protrombínico	500		

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
CPPA	500		
	1000		
	2500		

	APRESENTAÇÃO KUI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 7 recombinante (Novo Seven)	50		
	100		
	250		

PROGRAMA DE IMUNOTOLERÂNCIA (IT)

	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
Fator 8 von Willebrand IT	250		
	500		
	1000		

Data: _____

Solicitante: assinatura e carimbo

SETOR DE ARMAZENAMENTO, DISTRIBUIÇÃO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: (21) 2332-8627 - expedicao@hemorio.rj.gov.br

ANEXO III
Cadastro de Usuários do Estado do Rio de Janeiro

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS
CADASTRO DE USUÁRIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

DADOS DA INSTITUIÇÃO

Razão Social:
Nome Fantasia:
CNES:
CNPJ:
Endereço:
Cidade:
UF:
CEP:
Telefone institucional: ()
E-mail institucional:

**DADOS DO PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO COM PERFIL DE PRESTADOR DE
ASSISTÊNCIA 2**

Nome completo:
Cargo ou função:
CPF:
Data Nascimento:
Naturalidade: UF:
Celular: ()
E-mail:
Matrícula:

Responsável Técnico (a) do Serviço de Hemoterapia

ANEXO IV
Termo de Responsabilidade

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA O USO DO
SISTEMA HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS**

Eu, _____, _____ (cargo) do _____, declaro possuir perfil de **Prestador de Assistência 2** junto ao **HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS**, tendo-o sob minha responsabilidade e comprometo-me a:

- I. Não revelar fora do âmbito profissional fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de minhas atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial;
- II. Utilizar os dados do sistema informatizado de acesso restrito e manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- III. Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- IV. Não revelar minha senha de acesso ao sistema a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;
- V. Alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- VI. Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade.

Declaro, ainda, estar plenamente esclarecido e consciente que:

- a. É minha responsabilidade cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados, informações contidas no sistema, devendo comunicar por escrito à Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde – CPNSH/MS quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas no sistema, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes;
- b. Constitui descumprimento de normas legais, regulamentares e quebra de sigilo funcional divulgar dados obtidos dos sistemas aos quais tenho acesso para outros servidores não envolvidos nos trabalhos executados;
- c. Observar e Cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade.
- d. Sem prejuízo da responsabilidade penal e civil, e de outras infrações disciplinares, constitui falta de zelo e dedicação às atribuições do cargo e descumprimento de normas legais e regulamentares, não proceder com cuidado na guarda e utilização de senha ou emprestá-la a outro servidor, ainda que habilitado.
- e. Constitui infração funcional e penal inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos dos sistemas ou bancos de dados da Administração Pública, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem ou para causar dano; bem como modificar ou alterar o sistema de informações ou programa de informática sem autorização ou sem solicitação de autoridade competente; ficando o infrator sujeito as punições previstas no Código Penal Brasileiro, conforme responsabilização por crime contra a Administração Pública, tipificado no art. 313-A e 313-B.

Continuação ANEXO IV
Termo de Responsabilidade

Declaro, nesta data, ter ciência e estar de acordo com os procedimentos acima descritos, comprometendo-me a respeitá-los e cumpri-los plena e integralmente, além de manter sempre verossímeis os dados de instituição e de minha área de competência.


Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Nome do Centro Tratador de Hemofilia

CPF:

ANEXO V

Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia




COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB

Nº CARTÃO SUS	CÓDIGO DE CADASTRO	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*		
DATA DE NASCIMENTO*	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM	SEXO * M - Masculino F - Feminino I - Ignorado <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO * <input type="checkbox"/> Afibrinogenemia - deficiência de fator I <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XII <input type="checkbox"/> Inibidor de fator de von Willebrand adquirido <input type="checkbox"/> Condições hemorrágicas sem diagnóstico <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XIII <input type="checkbox"/> Outras condições hemorrágicas – especificar <input type="checkbox"/> Deficiência combinada de fatores V e VIII <input type="checkbox"/> Deficiência de fatores dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X) <input type="checkbox"/> Inibidor de fator VIII adquirido <input type="checkbox"/> Deficiência de cininogênio de alto peso <input type="checkbox"/> Deficiência de PAI-1 <input type="checkbox"/> Outras deficiências combinadas <input type="checkbox"/> Deficiência de fator II <input type="checkbox"/> Deficiência de pré-caliceína <input type="checkbox"/> Outras trombopatias - especificar <input type="checkbox"/> Deficiência de fator V <input type="checkbox"/> Disfibrinogenemia <input type="checkbox"/> Outros inibidores adquiridos – especificar <input type="checkbox"/> Deficiência de fator VII <input type="checkbox"/> Doença de von Willebrand - I/II/III <input type="checkbox"/> Síndrome de Bernard-Soulier <input type="checkbox"/> Deficiência de fator X <input type="checkbox"/> Hemofilia A – deficiência de fator VIII <input type="checkbox"/> Trombastenia de Glanzmann <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XI <input type="checkbox"/> Hemofilia B – deficiência de fator IX <input type="checkbox"/> Hipofibrinogenemia – deficiência de fator I		
RG DO PACIENTE	ÓRGÃO EMISSOR	UF
CPF DO PACIENTE		
Nº DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO	FOLHA	LIVRO
RAÇA/COR	CARTÓRIO	CIDADE
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Sem informação	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE
SITUAÇÃO FAMILIAR DO PACIENTE	NACIONALIDADE	NATURALIDADE - Município
NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*	<input type="checkbox"/> Brasileiro (a) <input type="checkbox"/> Outro	UF
NOME DO PAI (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)		
CONTATOS		
Telefone (1)	Telefone (2)	Celular
E-MAIL		CEP - RESIDÊNCIA
ENDEREÇO*		COMPLEMENTO*
BAIRRO*	MUNICÍPIO*	UF*
<input type="checkbox"/> ÓBITO DATA DO ÓBITO / INFORMAÇÃO Causa principal do óbito - Código CID		
Situação Familiar 01 - CONVIVE COM COMPANHEIRA(O) E FILHO(S) 02 - CONVIVE COM COMPANHEIRA(O) COM LACOS CONJUGAIS E SEM FILHO(S) 03 - CONVIVE COM COMPANHEIRA(O) COM FILHO(S) E/OU OUTRO(S) FAMILIAR(ES) 04 - CONVIVE COM FAMILIAR(ES) SEM COMPANHEIRA(O) 05 - CONVIVE COM OUTRA(S) PESSOA(S) SEM LACOS CONSANGUÍNEOS E/OU LACOS CONJUGAIS 06 - VIVE SO 99 - SEM INFORMACAO		ESCOLARIDADE 01 - NÃO SABE LER/ESCREVE 07 - SUPERIOR INCOMPLETO 02 - ALFABETIZADO 08 - SUPERIOR COMPLETO 03 - 1º GRAU INCOMPLETO 09 - ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA 04 - 1º GRAU COMPLETO 10 - MESTRADO 05 - 2º GRAU INCOMPLETO 11 - DOUTORADO 06 - 2º GRAU COMPLETO

Versão 1 - 2008

Continuação do ANEXO V
 Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia

 COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS MINISTÉRIO DA SAÚDE HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB		Nº PRONTUÁRIO
CÓDIGO DE CADASTRO		
NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIÇÕES)*		
DATA DE NASCIMENTO*	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIÇÕES)*	
DATA DO DIAGNÓSTICO*	DIAGNÓSTICO *	
<input type="checkbox"/> Afibrinogenemia - deficiência de fator I <input type="checkbox"/> Condições hemorrágicas sem diagnóstico <input type="checkbox"/> Deficiência combinada de fatores V e VIII <input type="checkbox"/> Deficiência de cininogênio de alto peso <input type="checkbox"/> Deficiência de fator II <input type="checkbox"/> Deficiência de fator V <input type="checkbox"/> Deficiência de fator VII <input type="checkbox"/> Deficiência de fator X <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XI <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XII <input type="checkbox"/> Deficiência de fator XIII <input type="checkbox"/> Deficiência de fatores dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X) <input type="checkbox"/> Deficiência de PAI-1 <input type="checkbox"/> Deficiência de pré-caliceína <input type="checkbox"/> Disfibrinogenemia <input type="checkbox"/> Doença de von Willebrand - I/II/III <input type="checkbox"/> Hemofilia A – deficiência de fator VIII <input type="checkbox"/> Hemofilia B – deficiência de fator IX <input type="checkbox"/> Hipofibrinogenemia – deficiência de fator I <input type="checkbox"/> Inibidor de fator de von Willebrand adquirido <input type="checkbox"/> Outras condições hemorrágicas – especificar <input type="checkbox"/> Inibidor de fator VIII adquirido <input type="checkbox"/> Outras deficiências combinadas <input type="checkbox"/> Outras trombotopatias - especificar <input type="checkbox"/> Outros inibidores adquiridos – especificar <input type="checkbox"/> Síndrome de Bernard-Soulier <input type="checkbox"/> Trombastenia de Glanzmann		
DATA DO RESULTADO	GRAVIDADE DA HEMOFILIA *	<input type="checkbox"/> Leve (> 5% a < 40%) ou > 0,05 a < 0,40 IU/ml <input type="checkbox"/> Moderada (1% a 5%) ou 0,01 - 0,05 UI/ml <input type="checkbox"/> Grave (< 1%) ou < 0,01 UI/ml
DATA DO RESULTADO	PRESEÇA DE INIBIDOR NA HEMOFILIA *	TÍTULO DO INIBIDOR *
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não testado	<input type="checkbox"/> 0 - 0,59 UB/mL <input type="checkbox"/> 5,1 - 10 UB/mL <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> 0,6 - 5,0 UB/mL <input type="checkbox"/> > 10,0 UB/mL
DOENÇA DE VON WILLEBRAND *		
<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2A <input type="checkbox"/> Tipo 2B <input type="checkbox"/> Tipo 2N <input type="checkbox"/> Tipo 2M <input type="checkbox"/> Tipo 3 <input type="checkbox"/> Plaquetário (pseudo dvW) <input type="checkbox"/> Não esclarecido		
ABO / Rh	PESO	ALTURA
<input type="checkbox"/> Não testado		
		IMC
		PACIENTE PARTICIPA DE PROGRAMA DE DOSE DOMICILIAR? *
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IMUNIZAÇÃO		
Data	Hepatite B	Hepatite A
	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado
Data	Hepatite B	Hepatite A
	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado
Data	Hepatite B	Hepatite A
	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> Não vacinado
EXAMES		
Data	HIV 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não testado	
Data	HCV (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não testado	
Data	HBsAg	
	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não testado	
Data	SÍFILIS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não testado	
Data	CHAGAS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não testado	

Continuação do ANEXO V Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia

EXAMES	EXAMES	Data								
			HIV 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO)	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não testado			
			HCV (TESTE CONFIRMATÓRIO)	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não testado			
			HBsAg	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não testado			
			SÍFILIS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não testado			
			CHAGAS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não testado			
DADOS CLÍNICOS			HTLI 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO)	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não testado			
			COMPLICAÇÕES OESTEOARTICULARES	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	TIPO	<input type="checkbox"/> Articulação-alvo	<input type="checkbox"/> Realização de procedimento invasivo		
			Nº DE ARTICULAÇÕES-ALVO ATINGIDAS	<input type="checkbox"/> Uma	<input type="checkbox"/> Duas	<input type="checkbox"/> Três	<input type="checkbox"/> Mais de três	USO DE CATETER IMPLANTÁVEL	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
INFUSÃO	DATA	CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	MOTIVO #	MEDICAMENTO	NOME COMERCIAL	LOTE	QUANT. FRASCO	QUANT. UI/KUI		
CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO				MOTIVO						
TRATAMENTO AMBULATORIAL - TA				TRAUMA - TR		FISIOTERAPIA - FISIO				
DOSE DOMICILIAR - DD				HEMARTROSE - HEMA		OUTROS				
TRATAMENTO DE CONTINUIDADE - TC				CIRURGIA ELETIVA - CE						
IMUNOTOLERANCIA - IMUNO				TRATAMENTO DENTÁRIO - TD						
TRATAMENTO HOSPITALAR - TH				SANGRAMENTO INTRACRANIANO - SI						
# PREENCHER APENAS SE MARCADO "TRATAMENTO AMBULATORIAL E/OU TRATAMENTO HOSPITALAR"										

Versão 1 - 2008

ANEXO VI Formulário de Infusão



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB
FORMULÁRIO DE INFUSÃO**

Nº PRONTUÁRIO

CÓDIGO DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIÇÕES)*

DATA DE NASCIMENTO*

NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIÇÕES)*

DATA	CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	MOTIVO #	MEDICAMENTO	NOME COMERCIAL	LOTE	QUANT. FRASCO	QUANT. UI/KUI

PREENCHER APENAS SE MARCADO "TRATAMENTO AMBULATORIAL E/OU TRATAMENTO HOSPITALAR" * Campos obrigatórios

Versão 1 - 2008



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB
FORMULÁRIO DE INFUSÃO**

DATA	CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	MOTIVO #	MEDICAMENTO	NOME COMERCIAL	LOTE	QUANT. FRASCO	QUANT. UI/KUI

CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO
 TRATAMENTO AMBULATORIAL - TA
 DOSE DOMICILIAR - DD
 TRATAMENTO DE CONTINUIDADE - TC
 IMUNOTOLERANCIA - IMUNO
 TRATAMENTO HOSPITALAR - TH

MOTIVO
 TRAUMA - TR
 HEMARTROSE - HEMA
 CIRURGIA ELETIVA - CE
 TRATAMENTO DENTÁRIO - TD
 SANGRAMENTO INTRACRANIANO - SI
 FISIOTERAPIA - FISIO
 OUTROS - OUT

PREENCHER APENAS SE MARCADO "TRATAMENTO AMBULATORIAL E/OU TRATAMENTO HOSPITALAR" * Campos obrigatórios

Versão 1 - 2008

ANEXO VII
Boletim Mensal de Medicamentos - BOMEM-RJ



Hemoderivados

Instituição: _____

Mês: _____ Ano: _____

CÓDIGO	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	SALDO ANTERIOR	MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE (em frascos)				SOMA DE MESMOS PRODUTOS		SALDO	Prazo de Validade OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO
				RECEBIDOS		DISTRIBUÍDOS	REMANEJADOS	DISTRIB./REMANEJ.(UI s/KUI s/ml)			
				HEMORIO	OUTROS			POR ITEM	POR PRODUTO		
063704-1	FATOR IX	250 UI						0	0	0	
063705-0		500 UI						0		0	
081191-2		1000 UI						0		0	
063709-2	FATOR VIII	250 UI						0	0	0	
063711-4		500 UI						0		0	
071692-8		1000 UI						0		0	
063712-2	FATOR VIII vW	500 UI						0	0	0	
063712-2		1000 UI						0		0	
074444-1	FATOR VIII vW IT	250 UI						0	0	0	
074445-0		500 UI						0		0	
080201-8		1000 UI						0		0	
063702-5	CP	500 UI						0	0	0	
063701-7	CPPA	500 UI						0	0	0	
063703-3		1000 UI						0		0	
077099-0		2500 UI						0		0	
076488-4	FATOR VII RECOMBINANTE (NOVO SEVEN)	50 KUI						0	0	0	
077072-8		100 KUI						0		0	
077073-6		250 KUI						0		0	
PA021	FATOR VIII RECOMBINANTE (ADVATE)	250 UI						0	0	0	
PA022		500 UI						0		0	
PA023		1000 UI						0		0	