



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS**

NOTA INFORMATIVA 03/2014

Assunto: Utilização de Fatores de Coagulação por pacientes estrangeiros.

Data: 13 de junho de 2014

A Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/MS), inserida no contexto da Copa do Mundo de Futebol 2014, vem trabalhando no desenvolvimento de ações que visam apoiar a Hemorrede Pública Nacional.

Objetivando preparar os serviços de hemoterapia e hematologia para atender pacientes estrangeiros que, porventura, necessitem utilizar fator de coagulação durante este período, comunicamos que o Centro Tratador que o atender deve cadastrá-lo no sistema Hemovida Web Coagulopatias. Salienta-se que o paciente deverá ser cadastrado em apenas uma Unidade Federada.

Esclarecemos que estas pessoas não serão incluídas na listagem de pacientes do estado. Estes dados serão tratados separadamente no sistema HWC. Contudo, os serviços poderão consultar, no relatório de infusão, as informações referentes ao consumo destes pacientes.

Segue abaixo o passo-a-passo para realização de inclusão do cadastro e registro de infusão dos pacientes estrangeiros.

1. O paciente deverá ser cadastrado no sistema HWC na Instituição na qual ele está sendo **atendido pela primeira vez:**
Utilizamos como exemplo, no caso abaixo, o HEMORIO:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Saúde Ministério da Saúde Destaque do Governo BRASIL SEM MISERIA Hemovida COAGULOPATIAS Web

Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados Paciente Solicitação de novo cadastro

SOLICITAÇÃO DE NOVO CADASTRO

Início | Solicitação Pendentes | Cadastro de pacientes com pendência |

DADOS BÁSICOS

Cartão SUS	
Prontuário	
Nome do Paciente * (Completo e sem Abreviações)	Pedro Brasileiro Silva
Instituição de origem *	Selecione a Instituição
UF	Selecione a Instituição
Diagnóstico *	ACID
Data de Diagnostico *	ANDRE GRIPP
Data de Nascimento *	Centro de Especialidade Médica
Sexo *	Hemocentro Regional de Nova Friburgo
RG do Paciente	Hemolagos
Órgão Emissor	Hemonúcleo - Angra dos Reis
UF	Hemonúcleo de Barra Mansa
CPF do Paciente	HEMORIO

DADOS DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº da Certidão de Nascimento	
Folha	
Livro	
Cartório	

- É obrigatório o preenchimento dos campos: Diagnóstico e Data do Diagnóstico. Caso o paciente não saiba informar com precisão a data do diagnóstico, sugerimos informar uma data aproximada.
- Para identifica-lo como um paciente estrangeiro, ao preencher a UF, deve-se selecionar "OU".

UF	RJ
Diagnóstico *	Selecione o Diagnóstico
Data de Diagnostico *	
Data de Nascimento *	
Sexo *	
RG do Paciente	
Órgão Emissor	Selecione o Órgão Emissor
UF	UF
CPF do Paciente	
DADOS DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO	
Nº da Certidão de Nascimento	
Folha	
Livro	
Cartório	
UF	
Município	Selecione o Município
Raça / Cor	Selecione a Raça / Cor
Profissão	Selecione a Profissão
Escolaridade	Selecione a Escolaridade
Situação Familiar do Paciente	Selecione a Situação Familiar
Naturalidade	UF



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

4. **É Fundamental que seja selecionada a nacionalidade desse paciente estrangeiro como : OUTRA**

DADOS DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO	
Nº da Certidão de Nascimento	<input type="text"/>
Folha	<input type="text"/>
Livro	<input type="text"/>
Cartório	<input type="text"/>
UF	<input type="text" value="UF"/>
Município	<input type="text" value="Selecione o Município"/>
Raça / Cor	<input type="text" value="Selecione a Raça Cor"/>
Profissão	<input type="text" value="Selecione a Profissão"/>
Escolaridade	<input type="text" value="Selecione a Escolaridade"/>
Situação Familiar do Paciente	<input type="text" value="Selecione a Situação Familiar"/>
Naturalidade	<input type="text" value="UF"/> <input type="text" value="Selecione o Município"/>
Nacionalidade	<input type="text" value="OUTRA"/>
Nome da Mãe * (Completo e sem Abreviações)	<input type="text" value="Selecione a Nacionalidade"/> <input type="text" value="BRASILEIRA"/>
Nome do Pai (Completo e sem Abreviações)	<input type="text" value="OUTRA"/>
CONTATOS	
Email	<input type="text"/>
Telefone(1)	<input type="text"/>
Telefone(2)	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>

5. É obrigatório o preenchimento do endereço de origem (no país de origem) do paciente. Se possível, preencha com o endereço completo e, novamente, selecione a UF "OU".

OBS: Caso o paciente não saiba, ou não queira informar, orientamos registrar o endereço do Hemocentro, lembrando-se de selecionar a UF "OU".



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Primeiros passos

Livro	
Cartório	
UF	UF ▼
Município	Selecione o Município ▼
Raça / Cor	Selecione a Raça_Cor ▼
Profissão	Selecione a Profissão ▼
Escolaridade	Selecione a Escolaridade ▼
Situação Familiar do Paciente	Selecione a Situação Familiar ▼
Naturalidade	UF ▼ Selecione o Município ▼
Nacionalidade	Selecione a Nacionalidade ▼
Nome da Mãe * (Completo e sem Abreviações)	
Nome do Pai (Completo e sem Abreviações)	
CONTATOS	
Email	
Telefone(1)	
Telefone(2)	
Celular	
ENDEREÇO	
CEP	
Endereço *	
Complemento	
Bairro	
UF *	UF ▼
Município *	Selecione o Município ▼

O Paciente não autoriza a disponibilização dos dados clínicos de forma agregada para publicação

* Campos Obrigatórios

Incluir Limpar

Após o preenchimento da solicitação de cadastro, o Hemocentro Coordenador deve estabelecer contato com o Programa de Coagulopatias **para a imediata validação do cadastro e utilização do medicamento.** Este procedimento faz-se necessário para que seja informado ao paciente, ainda durante seu atendimento, o seu número de cadastro no sistema HWC, o que facilitará futuros atendimentos em outros Centros Tratadores do país.

Solicitamos a colaboração dos serviços para que oriente o paciente a utilizar o número de cadastro no sistema HWC para atendimento em outros estados e/ou unidades de atendimento.

Programa de Coagulopatias Hereditárias
Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde