

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 do Serviço 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 do Serviço 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 diagnóstico de Coagulopatia hereditária, 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 e sempre que houver alterações cadastrais.
- C. Para o cadastro ou sua renovação, é necessário o envio de cópia da última Licença de Funcionamento do Serviço de Hemoterapia ou cópia 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, no setor de Armazenamento, Distribuição e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados, no 2º andar do HEMORIO. De segunda a sexta-feira, de 8h às 17h e sábado de 8h às 14h.
- 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 embalagem conforme as definidas para os materiais biológicos de risco mínimo ou outro mecanismo de embalagem que garanta a conservação das propriedades biológicas do material, como por exemplo caixas isotérmicas de poliuretano, conforme a Resolução - RDC nº 504, de 27/05/2021, MS/ANVISA.
- 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 periódica 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**.
- C. Caso usuário do Serviço de Hemoterapia não realize estas atividades, informar ao Gestor Estadual para exclusão de cadastro no Sistema Hemovida Web Coagulopatias.

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.

Parágrafo Sétimo – PENALIDADE

A **Compromissária** é responsável por danos eventualmente causados ao **Compromitente** ou a terceiros, usuários, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

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:

- 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.
- Resolução SES nº 1.878, de 05 de agosto de 2019.

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 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 2027**, podendo ser alterado por meio de Termo Aditivo, desde que não haja modificação do OBJETO.

CLÁUSULA SÉTIMA – 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 inexecutável. No caso de rescisão, não haverá ônus nem direito a indenização para nenhuma das partes.

CLÁUSULA OITAVA – 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 2026.

Compromitente – Diretor Geral do HEMORIO
Dr. Luiz de Melo Amorim Filho
CRM 52.32217-3

Compromissária – Secretário(a) Municipal de Saúde ou do(a) Diretor(a) Geral do Serviço de Saúde)
Assinatura e Nº RG ou Nº CRM

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

Testemunhas:

1) _____	2) _____
Nome:	Nome:
RG/CPF:	RG/CPF:

ANEXO I
Ficha de Cadastro

FICHA DE CADASTRO

SERVIÇO 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 () Apenas Coagulopatias () Apenas Hemoglobinopatias
incompletos) () 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.: (21) 3916-8304
www.hemorrio.rj.gov.br
E-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br

ANEXO II
Solicitação de Hemoderivados – Estoque

SOLICITAÇÃO DE HEMODERIVADOS – ESTOQUE

Centro Tratador: _____ Tel: _____

FATOR 8 (HA-IT)	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	250		
	500		
	1000		

FATOR VIII RECOMBINANTE (ADVATE)	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	250		
	500		
	1000		

FATOR VIII VON WILLEBRAND (HA-IT)	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	500		
	1000		

FATOR IX	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	200		
	600		
	1200		

COMPLEXO PROTROMBÍNICO	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	500		

CPPA	APRESENTAÇÃO UI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	500		
	1000		
	2500		

FATOR VII RECOMBINANTE (NOVO SEVEN)	APRESENTAÇÃO KUI	QUANTIDADE	
		ESTOQUE	SOLICITADA
	50		
	100		
	250		

_____ Data: _____

Solicitante: assinatura e carimbo

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
ARMAZENAMENTO, DISTRIBUIÇÃO DE SANGUE E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8306 ou 3916-8300 R. 2316
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: expedicao@hemorio.rj.gov.br

ANEXO III
Cadastro de Usuários do Estado do Rio de Janeiro



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

**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 3**

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



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

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

Eu, _____, _____ do

_____,
declaro possuir perfil de **Prestador de Assistência 3 e Controlador de Estoque de Serviço** 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.

Continuação ANEXO IV
Termo de Responsabilidade



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

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.

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 202__.

Nome

Nome do CTH e Cargo

CPF

ANEXO V

Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia

 COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS MINISTÉRIO DA SAÚDE HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB	
CÓDIGO DE CADASTRO	
Nº CARTÃO SUS	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*	
DATA DE NASCIMENTO*	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
SEXO * M - Masculino F - Feminino I - Ignorado ☐	
DIAGNÓSTICO * ☐ Afibrinogenemia - deficiência de fator I ☐ Condições hemorrágicas sem diagnóstico ☐ Deficiência combinada de fatores V e VIII ☐ Deficiência de cininogênio de alto peso ☐ Deficiência de fator II ☐ Deficiência de fator V ☐ Deficiência de fator VII ☐ Deficiência de fator X ☐ Deficiência de fator XI ☐ Deficiência de fator XII ☐ Deficiência de fator XIII ☐ Deficiência de fatores dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X) ☐ Deficiência de PAI-1 ☐ Deficiência de pré-caliceína ☐ Disfibrinogenemia ☐ Doença de von Willebrand - I/II/III ☐ Hemofilia A - deficiência de fator VIII ☐ Hemofilia B - deficiência de fator IX ☐ Hipofibrinogenemia - deficiência de fator I ☐ Inibidor de fator de von Willebrand adquirido ☐ Outras condições hemorrágicas - especificar ☐ Inibidor de fator VIII adquirido ☐ Outras deficiências combinadas ☐ Outras trombopatias - especificar ☐ Outros inibidores adquiridos - especificar ☐ Síndrome de Bernard-Soulier ☐ Trombastenia de Glanzmann	
RG DO PACIENTE	ÓRGÃO EMISSOR
UF	CPF DO PACIENTE
Nº DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO	FOLHA
LIVRO	CARTÓRIO
CIDADE	UF
RAÇA/COR ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Sem informação	PROFISSÃO
ESCOLARIDADE	
SITUAÇÃO FAMILIAR DO PACIENTE	NACIONALIDADE ☐ Brasileiro (a) ☐ Outro
NATURALIDADE - Município	
UF	
NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*	
NOME DO PAI (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)	
CONTATOS	
Telefone (1)	Telefone (2)
Celular	
E-MAIL	CEP - RESIDÊNCIA
ENDEREÇO*	COMPLEMENTO*
BAIRRO*	MUNICÍPIO*
UF*	
☐ 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 CONSANGÜÍNEOS E/OU LACOS CONJUGAIS 06 - VIVE SO 99 - SEM INFORMACAO	ESCOLARIDADE 01 - NÃO SABE LER/ESCREVE 02 - ALFABETIZADO 03 - 1º GRAU INCOMPLETO 04 - 1º GRAU COMPLETO 05 - 2º GRAU INCOMPLETO 06 - 2º GRAU COMPLETO 07 - SUPERIOR INCOMPLETO 08 - SUPERIOR COMPLETO 09 - ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA 10 - MESTRADO 11 - DOUTORADO

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 ABREVIACÕES)*		
DATA DE NASCIMENTO*	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*	
DATA DO DIAGNÓSTICO *	DIAGNÓSTICO *	
☐ Afibrinogenemia - deficiência de fator I ☐ Condições hemorrágicas sem diagnóstico ☐ Deficiência combinada de fatores V e VIII ☐ Deficiência de cininogênio de alto peso ☐ Deficiência de fator II ☐ Deficiência de fator V ☐ Deficiência de fator VII ☐ Deficiência de fator X ☐ Deficiência de fator XI ☐ Deficiência de fator XII ☐ Deficiência de fator XIII ☐ Deficiência de fatores dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X) ☐ Deficiência de PAI-1 ☐ Deficiência de pré-caliceína ☐ Disfibrinogenemia ☐ Doença de von Willebrand - I/II/III ☐ Hemofilia A – deficiência de fator VIII ☐ Hemofilia B – deficiência de fator IX ☐ Hipofibrinogenemia – deficiência de fator I ☐ Inibidor de fator de von Willebrand adquirido ☐ Outras condições hemorrágicas – especificar ☐ Inibidor de fator VIII adquirido ☐ Outras deficiências combinadas ☐ Outras trombopatias - especificar ☐ Outros inibidores adquiridos – especificar ☐ Síndrome de Bernard-Soulier ☐ Trombastenia de Glanzmann		
DATA DO RESULTADO	GRAVIDADE DA HEMOFILIA *	
	☐ Leve (> 5% a < 40%) ou > 0,05 a < 0,40 IU/ml ☐ Moderada (1% a 5%) ou 0,01 - 0,05 IU/ml ☐ Grave (< 1%) ou < 0,01 IU/ml	
DATA DO RESULTADO	PRESENÇA DE INIBIDOR NA HEMOFILIA *	TÍTULO DO INIBIDOR *
	☐ Sim ☐ Não ☐ Não testado	☐ 0 - 0,59 UB/mL ☐ 0,6 - 5,0 UB/mL ☐ 5,1 - 10 UB/mL ☐ > 10,0 UB/mL ☐ Não testado
DOENÇA DE VON WILLEBRAND *		
☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2A ☐ Tipo 2B ☐ Tipo 2N ☐ Tipo 2M ☐ Tipo 3 ☐ Plaquetário (pseudo dvW) ☐ Não esclarecido		
ABO / Rh	PESO	ALTURA
☐ Não testado		
		IMC
		PACIENTE PARTICIPA DE PROGRAMA DE DOSE DOMICILIAR? *
		☐ Sim ☐ Não
IMUNIZAÇÃO		
Data	Hepatite B	Hepatite A
	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses ☐ Não vacinado	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ Não vacinado
Data	Hepatite B	Hepatite A
	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses ☐ Não vacinado	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ Não vacinado
Data	Hepatite B	Hepatite A
	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ 3 doses ☐ Não vacinado	☐ 1 dose ☐ 2 doses ☐ Não vacinado
EXAMES		
Data	HIV 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado	
Data	HCV (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado	
Data	HBsAg	
	☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não testado	
Data	SÍFILIS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado	
Data	CHAGAS (TESTE CONFIRMATÓRIO)	
	☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado	

Continuação do ANEXO V
Cadastro de Pessoa com Alterações da Hemostasia

EXAMES	EXAMES	Data	HIV 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO) ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado					
			HCV (TESTE CONFIRMATÓRIO) ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado					
			HBsAg ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ☐ Não testado					
			SÍFILIS (TESTE CONFIRMATÓRIO) ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado					
			CHAGAS (TESTE CONFIRMATÓRIO) ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado					
			HTLI 1/2 (TESTE CONFIRMATÓRIO) ☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Indeterminado ☐ Não testado					
DADOS CLÍNICOS			COMPLICAÇÕES OSTEÓARTICULARES ☐ Não ☐ Sim		TIPO	☐ Articulação-alvo ☐ Realização de procedimento invasivo ☐ Uso de bengala ou andador ☐ Uso de cadeira de rodas		
			Nº DE ARTICULAÇÕES-ALVO ATINGIDAS		USO DE CATETER IMPLANTÁVEL ☐ Sim ☐ Não			
			☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três					
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				
# PREENCHER APENAS SE MARCADO "TRATAMENTO AMBULATORIAL E/OU TRATAMENTO HOSPITALAR"								

Versão 1 - 2008

Nº PRONTUÁRIO

CÓDIGO DE CADASTRO

NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*

DATA DE NASCIMENTO*

NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)*

[illegible]

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

Version 1 - 2008



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HEMOVIDA - COAGULOPATIAS WEB
FORMULÁRIO DE INFUSÃO

[illegible]

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 - SU

FISIOTERAPIA - FÍSIO

OUTROS - OUT

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

Versão 1 - 2008