

## DICIONÁRIO DE DADOS

### Hemovida Web Coagulopatias

Tabela: Paciente > Dados complementares

Arquivo: arq\_coag\_pac.dbf

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	CODCIDAD	Código do cidadão	CÓDIGO
2	CARTAOSU	Nº do cartão SUS	NÚMERO
3	PRONTUAR	Prontuário	NÚMERO DO PRONTUÁRIO
4	NOME	Nome do Paciente	NOME
5	DTNASC	Data de Nascimento	DATA
6	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição de Origem	TABELA
7	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
8	SEXO	Sexo do Paciente	1- MASCULINO 2- FEMININO
9	RACACOR	Raça do Paciente	0- BRANCA 1- PRETA 2- PARDA 3- AMARELA 4- INDIGENA
10	PROFISSA	Profissão do Paciente	TABELA
11	ESCOLA	Escolaridade do Paciente	1-NAO SABE LER/ESCREVER 2-ALFABETIZADO 3-FUNDAMENTAL (1º GRAU) INCOMPLETO 4-FUNDAMENTAL (1º GRAU) COMPLETO 5-MÉDIO (2º GRAU) INCOMPLETO 6-MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO 7-SUPERIOR INCOMPLETO 8-SUPERIOR COMPLETO 9-ESPECIALIZAÇÃO /RESIDÊNCIA 10-MESTRADO 11-DOCTORADO
12	ESTCIVIL	Situação Familiar do Paciente	1-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) E FILHO (S) 2-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) COM LACOS CONJUGAIS E SEM FILHO (S) 3-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) COM FILHO (S) E/OU OUTRO (S) FAMILIAR (ES) 4-CONVIVE COM FAMILIAR (ES) SEM COMPANHEIRA (O) 5-CONVIVE COM OUTRA (S) PESSOA (S) SEM LACOS CONSANGUINEOS E/OU LACOS CONJUGAIS 6-VIVE SO

			99-SEM INFORMACAO
13	NACIONAL	Nacionalidade do Paciente	0-BRASILEIRA 1-OUTRAS
14	NATURAL	Naturalidade do Paciente	TABELA
15	MAE	Nome da mãe do Paciente	NOME
16	PAI	Nome do pai do Paciente	NOME
17	MUNICPAC	Município do Paciente	TABELA
18	UF_END	UF de Endereço do Paciente	TABELA
21	DTCAD	Data de cadastro	DATA
22	DATADIAG	Data do diagnóstico	DATA
23	DIAGNOST	Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>2. DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>3. DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>4. DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>5. DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>6. DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>7. DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>8. DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>9. DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>10. DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>11. DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>12. DEFICIÊNCIA DE PAI 1</li> <li>13. DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>14. DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>15. DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>16. HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>17. HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>18. HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>19. INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>20. OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>21. OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>22. OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> </ol>

			23. OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS 24. OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS 25. SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER 26. TROMBASTENIA DE GLANZMANN 27. PORTADORA DE HEMOFILIA A 28. PORTADORA DE HEMOFILIA B 29. INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
24	DATAINI	Data do exame	DATA
25	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
26	GRAVIDADE	Gravidade da Hemofilia	1- LEVE > 5% A < 40% OU > 0,05 A < 0,40 IU/ML 2- MODERADA 1% - 5% OU 0,01 - 0,05 UI/ML 3- GRAVE <1% OU < 0,01 UI/ML 4- NÃO TESTADO
27	TITULO	Título	1 - 0,6 - 4,9UB/ML 2 - 5 - 10UB/ML 3 - 10,1 - 40UB/ML 4 - 40,1 - 200UB/ML 5 - 200,1UB/ML 6 - NÃO TESTADO 7 - NEGATIVO
28	VON	Tipo de Doença de Von Willebrand	1.TIPO 1 6. TIPO 3 7. PLAQUETÁRIO (PSEUDO DVW) 8. NÃO ESCLARECIDO 9. NÃO TESTADO
29	SUBVON	Subtipo da Doença de Von Willebrand – Tipo 2	2. TIPO 2A 3. TIPO 2B 4. TIPO 2N 5. TIPO 2M
30	ABO	Tipo Sanguíneo	1- A + 2- A – 3- AB + 4- AB – 5- B + 6- B – 7- O + 8- O – 9- NÃO TESTADO
31	PESO	Peso	NÚMERO (KG)
32	ALTURA	Altura	NÚMERO (M)
33	IMC	Cálculo do IMC	NÚMERO
34	DOMICILI	Participa do programa de dose domiciliar	S-SIM N-NÃO
35	DATAKOM	Data da Complicação Clínica	DATA

36	COMPORT	Complicações osteoarticulares	S-SIM N-NÃO
37	TIPO1	Articulação-Alvo	1
38	TIPO2	Realização de procedimento invasivo ortopédico	2
39	TIPO3	Uso de bengala ou andador	3
40	TIPO4	Uso de cadeira de rodas	4
41	NUMERO	Número de articulações	1- UM 2- DOIS 3- TRÊS
42	CATETER	Uso de Cateter implantável/não implantável	S-SIM N-NÃO
43	DATAIMU	Data do Imunização	DATA
44	HEPATB	Hepatite B	1- 1 DOSE 2- 2 DOSES 3- 3 DOSES 4- NÃO VACINADO
45	HEPATA	Hepatite A	1- 1 DOSE 2- 2 DOSES 3- NÃO VACINADO
46	DATASOR	Data da sorologia	DATA
47	HIVELISA	HIV 1/2 ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
48	HIV	HIV (Teste confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
49	HCVELISA	HCV ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
50	HCV	HCV (Teste confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
51	HBSAG	HBsAg	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
52	ANTIHB	Anti-HBc total ou IgG	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
53	ANTIHB	Anti-HBs	N- NÃO REAGENTE

			R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
54	TITHBS	Título anti-HBs	1- < 10 MUI/ML 2- ≥ 10 MUI/ML
55	SIFILIS	Sífilis (VDRL)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE ATÉ 1:4 G- REAGENTE ≥ 1:8 0- NÃO TESTADO
56	SIFILSOT	Sífilis (FTA-Abs ou ELISA ou HAI)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
57	CHAGAS	Doença de Chagas	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
58	METCHAGAS	Método realizado para Chagas	TEXTO
59	HTLELISA	HTLV I/II (ELISA)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
60	HTLV	HTLV (confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
61	VEAB	Valor exato Hemofilia A e B	NÚMERO
62	VEFVW	Valor exato para Fator VW	NÚMERO
63	DATAIMU	Data da imunização	DATA
64	PROFILAX	Programa de Profilaxia	SIM NÃO
65	IMUNO	Programa de Imunotolerância	SIM NÃO
66	MOTNAODD	Motivo da não participação no programa de dose domiciliar	-NÃO SABE ADMINISTRAR -RECUSA DOSE DOMICILIAR -FALTA DE ESPAÇO PARA ARMAZENAR -OUTROS
67	ALERGIA	Se o paciente possui alergia algum medicamento	SIM NÃO
68	MEDALERG	Medicamento do qual possui alergia	TEXTO LIVRE
69	PROGRAMA	Se participa de outros programas	IMUNOTOLERÂNCIA PROFILÁXIA PRIMÁRIA PROFILÁXIA SECUNDÁRIA DE CD PROFILÁXIA SECUNDÁRIA DE LD PROFILÁXIA TERCÍARIA
70	VEFTVIII	Valor Exato Fator VIII	NÚMERO
71	VEIN	Valor Exato Inibidor	NÚMERO

72	VERICOF	Atividade cofator de ristocetina	<50% 50-150% >150%
73	FVWRCo	Relação de Atividade do fator de ristocetina e fator von Willebrand antígeno -	NÚMERO
74	EXAMELAB – DIAGNÓSTICOS DE TROMBASTENIA DE GLANZMANN E SINDROME DE BERNARD SOULIER	Exames Laboratoriais Confirmatórios	TEXTO LIVRE

**Tabela: Exames**

**Arquivo: arq\_coag\_exa.dbf**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DATAEXA	Data do Exame	DATA
2	CODIGO	Código do Paciente	NÚMERO
3	NOME	Nome do Paciente	NOME
4	HEPATB	Hepatite B	1- 1 DOSE 2- 2 DOSES 3- 3 DOSES 0- NÃO VACINADO
5	HEPATA	Hepatite A	1- 1 DOSE 2- 2 DOSES 0- NÃO VACINADO
6	HIVELISA	HIV ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
7	HIV	HIV	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 1- NÃO TESTADO
8	HCVELISA	HCV ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
9	HCV	HCV	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 1- NÃO TESTADO
10	HBSAG	HBsAg	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
11	ANTIHB	Anti-HBc total ou IgG	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO

			1- NÃO TESTADO
12	ANTIHB	Anti-HBs	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
13	TITHBS	Título anti-HBs	1< 10 MUI/ML 2- ≥ 10 MUI/ML
14	SIFILIS	Sífilis (VDRL)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE ATÉ 1:4 G- REAGENTE & GE; 1:8 1- NÃO TESTADO
15	SIFILSOT	Sífilis (FTA-Abs ou ELISA ou HAI)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 1- NÃO TESTADO
16	CHAGAS	Doença de Chagas	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
17	METCHAGAS	Método realizado para Chagas	TEXTO
18	HTLELISA	HTLV I/II (ELISA)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 1- NÃO TESTADO
19	HTLV	HTLV (confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 1- NÃO TESTADO
20	PROFILAX	Programa de Profilaxia	SIM NÃO
21	IMUNO	Programa de Imunotolerância	SIM NÃO

**Tabela: Complicações Clínicas**  
Arquivo: arq\_coag\_comp.dbf

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DATAKOM	Data da Complicação Clínica	DATA
2	CODIGO	Código do Paciente	NÚMERO
3	NOME	Nome do Paciente	NOME
4	COMPORT	Campo que identifica se existe complicação	S-SIM N-NÃO
5	TIPO1	Articulação-Alvo	1-PRESENÇA DA COMPLICAÇÃO
6	TIPO2	Realização de procedimento invasivo ortopédico	2-PRESENÇA DA COMPLICAÇÃO
7	TIPO3	Uso de bengala ou andador	3-PRESENÇA DA COMPLICAÇÃO
8	TIPO4	Uso de cadeira de rodas	4-PRESENÇA DA COMPLICAÇÃO
9	NUMERO	Número de articulações	1-UMM 2-DOIS 3-TRÊS

10	CATETER	Uso de Cateter	S-SIM N-NÃO
11	TIPO DE CATETER	Tipo de Cateter	TOTALMENTE IMPLANTÁVEL SEMI-IMPLANTÁVEL
12	PROFILAX	Programa de Profilaxia	SIM NÃO
13	IMUNO	Programa de Imunotolerância	SIM NÃO

**Tabela: Instituições**

**Arquivo: arq\_coag\_inst.dbf**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	RAZAO	Razão Social	NOME
2	FANTASIA	Nome Fantasia	NOME
3	CNES	Nº do CNES	NÚMERO
4	CNPJ	Nº do CNPJ	NÚMERO
5	LOGRADO	Endereço	TEXTO
6	NUMERO	Nº do Endereço	NÚMERO
7	COMPLEM	Complemento do Endereço	TEXTO
8	BAIRRO	Bairro	TEXTO
9	MUNICINS	Município	TEXTO
10	UF_INST	UF	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
11	CEP	CEP	NÚMERO
12	EMAIL	E-mail	TEXTO

**Tabela: Transferência de UF**

**Arquivo: arq\_coag\_trans.dbf**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DATATRAN	Data de transferência	DATA
2	CODIGO	Código do Paciente	NÚMERO
3	CODIGOAT	Código Anterior	NÚMERO
4	NOME	Nome do Paciente	NOME
5	UFANT	UF anterior	UF ANTERIOR
6	ENDERECO	Endereço	ENDEREÇO ATUAL
7	MUNICIPI	Município	MUNICÍPIO ATUAL
8	UF	UF	UF ATUAL
9	PROFILAX	Programa de Profilaxia	SIM NÃO
10	IMUNO	Programa de Imunotolerância	SIM NÃO

**Tabela: Paciente\_obito**

**Arquivo: arq\_coag\_pac.obitodbf**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	CODCIDAD	Código do cidadão	NÚMERO
2	CARTAOSU	Nº do cartão SUS	NÚMERO
3	PRONTUAR	Prontuário	NÚMERO
4	NOME	Nome do Paciente	NOME



5	DTNASC	Data de Nascimento	DATA
6	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição de Origem	TABELA
7	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
8	SEXO	Sexo do Paciente	1- Masculino 2-Feminino
9	RACACOR	Raça do Paciente	0- BRANCA 1- PRETA 2- PARDA 3- AMARELA 4- INDIGENA
10	PROFISSA	Profissão do Paciente	TABELA
11	ESCOLA	Escolaridade do Paciente	1-NAO SABE LER/ESCREVER 2-ALFABETIZADO 3-FUNDAMENTAL (1º GRAU) INCOMPLETO 4-FUNDAMENTAL (1º GRAU) COMPLETO 5-MÉDIO (2º GRAU) INCOMPLETO 6-MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO 7-SUPERIOR INCOMPLETO 8-SUPERIOR COMPLETO 9-ESPECIALIZAÇÃO /RESIDÊNCIA 10-MESTRADO 11-DOCTORADO
12	ESTCIVIL	Situação Familiar do Paciente	1-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) E FILHO (S) 2-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) COM LACOS CONJUGAIS E SEM FILHO (S) 3-CONVIVE COM COMPANHEIRA (O) COM FILHO (S) E/OU OUTRO (S) FAMILIAR (ES) 4-CONVIVE COM FAMILIAR (ES) SEM COMPANHEIRA (O) 5-CONVIVE COM OUTRA (S) PESSOA (S) SEM LACOS CONSANGUINEOS E/OU LACOS CONJUGAIS 6-VIVE SO 99-SEM INFORMACAO
13	NACIONAL	Nacionalidade do Paciente	0-BRASILEIRA 1-OUTRAS
14	NATURAL	Naturalidade do Paciente	TABELA
15	MAE	Nome da mãe do Paciente	NOME
16	PAI	Nome do pai do Paciente	NOME
17	MUNICPAC	Município do Paciente	TABELA
18	UF_END	UF de Endereço do Paciente	TABELA
19	DTOBITO	Data de óbito	DATA
20	CAUSA	Motivo do óbito	TEXTO
21	DTCAD	Data de cadastro	DATA
22	DATADIAG	Data do diagnóstico	DATA

23	DIAGNOST	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
24	DATAINI	Data do Exame	DATA
25	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
26	GRAVIDADE	Gravidade da Hemofilia	1-LEVE > 5% A < 40% OU > 0,05 A < 0,40 IU/ML

			2-MODERADA 1% - 5% OU 0,01 - 0,05 UI/ML 3-GRAVE <1% OU < 0,01 UI/ML 4-NÃO TESTADO
27	TITULO	Título	1- 0,6 - 4,9UB/ml 2 - 5 - 10UB/ml 3 - > 10,1UB/ml – 40 UB/ml 4 - >40,1 UB/ml – 200 UB/ml 5 - >200,1UB/ml 6 - Não Testado
28	VON	Tipo de Doença de Von Willebrand	1.TIPO 1 6. TIPO 3 7. PLAQUETÁRIO (PSEUDO DVW) 8. NÃO ESCLARECIDO 9. NÃO TESTADO
29	SUBVON	Subtipo da Doença de Von Willebrand – Tipo 2	2. TIPO 2A 3. TIPO 2B 4. TIPO 2N 5. TIPO 2M
30	ABO	Tipo Sanguíneo	1. A + 2. A – 3. AB + 4. AB – 5. B + 6. B – 7. O + 8. O – 9. NÃO TESTADO
31	PESO	Peso	NÚMERO (KG)
32	ALTURA	Altura	NÚMERO (M)
33	IMC	Cálculo do IMC	NÚMERO
34	DOMICILI	Participa do programa de dose domiciliar	S-SIM N-NÃO
35	DATA COM	Data da Complicação Clínica	DATA
36	COMPORT	Complicações osteoarticulares	S-SIM N-NÃO
37	TIPO1	Articulação-Alvo	1
38	TIPO2	Realização de procedimento invasivo ortopédico	2
39	TIPO3	Uso de bengala ou andador	3
40	TIPO4	Uso de cadeira de rodas	4
41	NUMERO	Número de articulações	1- UM 2-DOIS 3-TRÊS
42	CATETER	Uso de Cateter implantável/não implantável	S-SIM N-NÃO
43	DATAIMU	Data do Imunização	DATA
44	HEPATB	Hepatite B	1. 1 DOSE 2. 2 DOSES 3. 3 DOSES 4. NÃO VACINADO

45	HEPATA	Hepatite A	1. 1 DOSE 2. 2 DOSES 3. NÃO VACINADO
46	DATASOR	Data da sorologia	DATA
47	HIVELISA	HIV 1/2 ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
48	HIV	HIV (Teste confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
49	HVELISA	HCV ELISA	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
50	HCV	HCV (Teste confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
51	HBSAG	HBsAg	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
52	ANTIHB	Anti-HBc total ou IgG	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
53	ANTIHB	Anti-HBs	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
54	TITHB	Título anti-HBs	2- < 10 MUI/ML 2- ≥ 10 MUI/ML
55	SIFILIS	Sífilis (VDRL)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE ATÉ 1:4 G- REAGENTE ≥ 1:8 0- NÃO TESTADO
56	SIFILSOT	Sífilis (FTA-Abs ou ELISA ou HAI)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO 0- NÃO TESTADO
57	CHAGAS	Doença de Chagas	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO
58	METCHAGAS	Método realizado para Chagas	TEXTO
59	HTLELISA	HTLV I/II (ELISA)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INCONCLUSIVO 0- NÃO TESTADO

60	HTLV	HTLV (confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO O- NÃO TESTADO
61	PROFILAX	Programa de Profilaxia	S-SIM N-NÃO
62	IMUNO	Programa de Imunotolerância	S-SIM N-NÃO

**Tabela: Infusão**

**Arquivo: arq\_coag\_inf.dbf**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DATAINF	Data da Infusão	DATA
2	CODIGO	Código do Paciente	NÚMERO
3	NOME	Nome do Paciente	NOME
4	CATEGORIA	Categoria da dispensação	1-TRATAMENTO AMBULATORIAL 4- IMUNOTOLERANCIA 5-TRATAMENTO HOSPITALAR 6- PROFILAXIA PRIMÁRIA 8-OUTRAS PROFILAXIAS 10- EMICIZUMABE 12-TRATAMENTO SOB DEMANDA EM DOMICILIO
5	MOTIVO	Motivo da dispensação	1 -TRAUMA 2- HEMARTROSE 3-HEMATOMA MUSCULAR 4-CIRURGIA ELETIVA 5-TRATAMENTO DENTÁRIO 6-SANGRAMENTO INTRACRANIANO 7-FISIOTERAPIA 8-OUTROS <b>Motivo abre campo texto</b> 9-SANGRAMENTO DA MUCOSA 10-PROFILAXIA SECUNDÁRIA-CD 11-PROFILAXIA SECUNDÁRIA-LD 12-PROFILAXIA TERCÍARIA 13-DOSE DOMICILIAR 14-TRATAMENTO DE CONTINUIDADE 15-CIRURGIA DE URGÊNCIA
6	PRODUTO	Medicamentos	1-CONCENTRADO DE FATOR IX 2-CONCENTRADO DE FATOR IX 3-CONCENTRADO DE FATOR VIII 4-CONCENTRADO DE FATOR VIII 5-CONCENTRADO DE FATOR VIII 6-COMPLEXO PROTROMBÍNICO PARCIALMENTE ATIVADO 7-COMPLEXO PROTROMBÍNICO PARCIALMENTE ATIVADO 8-ACETATO DE DESMOPRESSINA 9-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE

			<p>10-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE</p> <p>11-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE</p> <p>12-ACIDO TRANEXÂMICO</p> <p>13-COMPLEXO PROTROMBÍNICO</p> <p>14-SELANTE DE FIBRINA</p> <p>15-SELANTE DE FIBRINA</p> <p>16-CONCENTRADO DE FATOR VIII</p> <p>17-HEMCIBRA</p>
7	APRESENT	Apresentação	TEXTO
8	NOMECOM	Nome comercial	TEXTO
9	LOTE	Lote do medicamento	CÓDIGO (LETRAS E NÚMEROS)
10	QTDFRASCO	Quantidade de frascos	NÚMERO
11	QTDEUI	Quantidade de UI	NÚMERO
12	UFINFU	UF onde foi feita a infusão	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
13	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
14	DIAGNOST	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
15	GRAVIDAD	Gravidade da Hemofilia	1-LEVE > 5% A < 40% OU > 0,05 A < 0,40 IU/ML 2-MODERADA 1% - 5% OU 0,01 - 0,05 UI/ML 3-GRAVE <1% OU < 0,01 UI/ML 4-NÃO TESTADO
16	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
17	TITULO	Título	1 - 0,6 - 4,9UB/ML 2 - 5 - 10UB/ML 3 - 10,1 - 40UB/ML 4 - 40,1 - 200UB/ML 5 - 200,1UB/ML 6 - NÃO TESTADO 7 - NEGATIVO
18	VON	Tipo de Doença de Von Willebrand	1-TIPO 1 6-TIPO 3 7-PLAQUETÁRIO (PSEUDO DVW) 8-NÃO ESCLARECIDO 9-NÃO TESTADO
19	SUBVON	Subtipo da Doença de Von Willebrand – Tipo 2	2-TIPO 2A 3-TIPO 2B 4-TIPO 2N 5-TIPO 2M
20	PESO	Peso	NÚMERO (KG)
21	DATANASC	Data de Nascimento	DATA
22	PROFILAX	Programa de Profilaxia	S-SIM N-NÃO
23	IMUNO	Programa de Imunotolerância	S-SIM N-NÃO
24	QTDE_DD	Quantidade de frascos devolvidos no momento do registro de Dose Domiciliar	NÚMERO
25	DEVFRASC	Frascos devolvidos no momento do registro de Dose Domiciliar	SIM NÃO NÃO INFORMADO
26	MOTOUTROS	Justificativa do Motivo Outros – Categorias de	TEXTO

		Infusão: Tratamento Hospital e Tratamento Ambulatorial	
--	--	--	--

**Tabela: Profilaxia Primária**  
Arquivo: n/a

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTPROFILAXIA	Data de inclusão profiláxia primária	DATA
2	UF_PAC	UF Endereço Paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do Paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do Paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOST	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	DTINIBIDOR	Data do exame	DATA
10	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
11	FAIXA_TITULO	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
12	VALOREXATO	Título exato	NÚMERO
13	PICOHIST	Pico histórico de inibidor(maior título)	NÚMERO
14	DOSEDOMICILIAR	Paciente participa do programa de Dose Domiciliar	S-SIM N-NÃO
15	DTEXAME	Data exame	DATA
16	GRAVIDADE	Gravidade da Hemofilia	1-LEVE > 5% A < 40% OU > 0,05 A < 0,40 IU/ML 2-MODERADA 1% - 5% OU 0,01 - 0,05 UI/ML 3-GRAVE <1% OU < 0,01 UI/ML 4-NÃO TESTADO
17	PESO	Peso	NÚMERO (KG)
18	NIVELTRAT	Nível de tratamento do paciente	ESTÁGIO 1 ESTÁGIO 2 ESTÁGIO 3
19	MUTACAOGENEFVIII	Mutação do gene do FVIII	-INVERSÃO DE INTRON 1 -INVERSÃO DE INTRON 22 -MUTAÇÃO SEM SENTIDO

			-MUTAÇÃO COM TROCA DE SENTIDO -MUTAÇÃO EM SÍTIO DE PROCESSAMENTO -GRANDES DELEÇÕES, INSERÇÕES, REARRANJOS GÊNICOS -DADO ESTÁTICO E NÃO AVALIADA
20	DTEXCLUSAO	Data de exclusão do paciente da profilaxia primária	DATA
21	MOTIVOEXCLUSAO	Motivo da exclusão do paciente	DIFICULDADE DE ACESSO VENOSO  IDADE MAIOR QUE 18 ANOS  OUTROS (DESCRIÇÃO DO MOTIVO)  RECUSADO DA FAMÍLIA  RECUSADO PACIENTE

**Tabela: Imunotolerância**  
**Arquivo: n/a**

N°	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTIMUNO	Data de inclusão imunotolerância	DATA
2	UF_PAC	UF Endereço Paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do Paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do Paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOST	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA</li> <li>DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	DTINIBIDOR	Data do exame	DATA
10	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
11	FAIXA_TITULO	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
12	VALOREXATO	Título exato	NÚMERO
13	ULTIMOINIBIDOR	Data do último inibidor	DATA
14	TITULO_ULTI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml

			>40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
15	ValorE_ULTI	Título exato	NÚMERO
16	PRIMEIROINIBIDOR	Data do primeiro inibidor	DATA
17	TITULO_PRI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
18	ValorE_PRI	Título exato	NÚMERO
19	PICOHIST	Pico histórico de inibidor(maior título)	NÚMERO
20	DOSEDOMICILIAR	Paciente participa do programa de Dose Domiciliar	S-SIM N-NÃO
21	DTEXAME	Data exame	DATA
22	GRAVIDADE	Gravidade da Hemofilia	1-LEVE > 5% A < 40% OU > 0,05 A < 0,40 IU/ML 2-MODERADA 1% - 5% OU 0,01 - 0,05 UI/ML 3-GRAVE <1% OU < 0,01 UI/ML 4-NÃO TESTADO
23	PESO	Peso	NÚMERO (KG)
24	DOSAGEMHEMO	Exame - Dosagem de hemoglobina (g/dL)	<9 9-13.9 14-18 >18 Sem informação
25	TESTERECUPERA	Exame - Teste de recuperação de fator VIII	>66% <66% Não realizado
26	TESTESOBRE	Exame - Teste de sobrevivência de fator VIII	<6 horas >6 horas Não realizado
27	DTEXCL_1	Data de exclusão 1 da Imunotolerância	DATA
28	MOTIVEXCL_1	Motivo de exclusão 1 da Imunotolerância	ABANDONO AUSÊNCIA DE RESPOSTA FALHA DE RESPOSTA APÓS 30 MESES DE IT OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) RESPOSTA PARCIAL RESPOSTA TOTAL
29	DESCRMOT_1	Descrição do motivo de exclusão 1	TEXTO
30	DTEXCL_2	Data de exclusão 2 da Imunotolerância	DATA

31	MOTIVEXCL_2	Motivo de exclusão 2 da Imunotolerância	ABANDONO AUSÊNCIA DE RESPOSTA FALHA DE RESPOSTA APÓS 30 MESES DE IT OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) RESPOSTA PARCIAL RESPOSTA TOTAL
32	DESCRMOT_2	Descrição do motivo de exclusão 2	TEXTO
33	JUSTIF_2	Justificativa de exclusão para o segundo motivo	TEXTO
34	SOLRESP	Solicitante (vinculado ao perfil) responsável	NOME
35	HSPRESP	Instituição origem	NOME
36	MEDRESP	Médico solicitante responsável	NOME
37	MEDCRM	Número do CRM do médico solicitante responsável	NÚMERO
38	OBSERVAÇÃO	Observação relacionada a inclusão do paciente no tratamento	TEXTO
39	PENDÊNCIA	Validação de inclusão com pendência	TEXTO

**Tabela: Emicizumabe**

**Arquivo: n/a**

N°	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTEMICIZ	Data de inclusão emicizumabe	DATA
2	UF_PAC	UF endereço paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOSTICO	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	DTINIBIDOR	Data do exame	DATA
10	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
11	FAIXA_TITULO	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
12	VALOREXATO	Título exato	NÚMERO
13	ULTIMOINIBIDOR	Data do último inibidor	DATA

14	TITULO_ULTI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
15	ValorE_ULTI	Título exato	NÚMERO
16	PRIMEIROINIBIDOR	Data do primeiro inibidor	DATA
17	TITULO_PRI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
18	ValorE_PRI	Título exato	NÚMERO
19	PICOHIST	Pico histórico de inibidor(maior título)	
20	EFEITOSADV	Efeitos Adversos	TROMBOSE VENOSA TROMBOSE ARTERIAL MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
21	CIRURGIA	Ocorrência de cirurgia	S-SIM N-NÃO
22	DTCIRURGIA	Data da cirurgia	DATA
23	TPCIRURGIA	Tipo de cirurgia	TEXTO
24	DTEXCL_1	Data de exclusão 1 do Emicizumabe	DATA
25	MOTIVEXCL_1	Motivo de exclusão 1 do Emicizumabe	EFEITO ADVERSO ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
26	DESCRMOT_1	Descrição do motivo de exclusão 1	TEXTO
27	DTEXCL_2	Data de exclusão 2 do Emicizumabe	DATA
28	MOTIVEXCL_2	Motivo de exclusão 2 do Emicizumabe	EFEITO ADVERSO ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
29	DESCRMOT_2	Descrição do motivo de exclusão 2	TEXTO
30	JUSTIF_2	Justificativa de exclusão para o segundo motivo	TEXTO

31	SOLRESP	Solicitante (vinculado ao perfil) responsável	NOME
32	HSPRESP	Instituição de origem	NOME
33	MEDRESP	Médico solicitante responsável	NOME
34	MEDCRM	Número do CRM do médico solicitante responsável	NÚMERO
35	OBSERVAÇÃO	Observação relacionada a inclusão do paciente no tratamento	TEXTO
36	PENDÊNCIA	Validação de inclusão com pendência	TEXTO
37	CONSID_VALID	Considerações de validação do paciente	TEXTO
38	DATAIMUNO	Data de inclusão da Imunotolerância	DATA
39	DATAEXCLU_ULT	Última data de exclusão da Imunotolerância	DATA
40	MOTIVEXCL_ULT	Último motivo de exclusão	ABANDONO AUSÊNCIA DE RESPOSTA FALHA DE RESPOSTA APÓS 30 MESES DE IT OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) RESPOSTA PARCIAL RESPOSTA TOTAL
41	DATA PESO	Data do último peso	DATA
42	PESO	Peso do paciente	NÚMERO (KG)

**Tabela: Profilaxia Primária – Infusão**

Arquivo: n/a

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTPROFILAXIA	Data de inclusão profilaxia primária	DATA
2	UF_PAC	UF endereço paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOSTICO	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	DTINCLUSAOESTAGIO	Data da inclusão do estágio	DATA
10	NIVELTRAT	Nível de tratamento do paciente	ESTÁGIO 1 ESTÁGIO 2 ESTÁGIO 3
11	MUTACAOGENEFVIII		-INVERSÃO DE INTRON 1 -INVERSÃO DE INTRON 22 -MUTAÇÃO SEM SENTIDO -MUTAÇÃO COM TROCA DE SENTIDO

		Mutação do gene do FVIII	-MUTAÇÃO EM SÍTIO DE PROCESSAMENTO -GRANDES DELEÇÕES, INSERÇÕES, REARRANJOS GÊNICOS -DADO ESTÁTICO E NÃO AVALIADA
12	QTDFRS	QUANTIDADE DE FRASCOS	NÚMERO
13	QTDEDOSES	QUANTIDADE DE DOSES	DATA/NÚMERO
14	DTDISTRIB	DATA DA DISTRIBUIÇÃO	DATA
15	DTUTILIZA	DATA DA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	DATA
16	QTDEUTILIZA	QUANTIDADE UTILIZADA	QUANTIDADE EM UNIDADES INTERNACIONAIS (UI)
17	HOUVESANGRA	SANGRAMENTO	- SIM (SE SIM, SELECIONE O MOTIVO – <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIRURGIA ELETIVA</li> <li>• FISIOTERAPIA</li> <li>• HEMARTROSE</li> <li>• HEMATOMA MUSCULAR</li> <li>• OUTROS</li> <li>• SANGRAMENTO DA MUCOSA</li> <li>• SANGRAMENTO INTRACRANIANO</li> <li>• TRATAMENTO DENTÁRIO</li> <li>• TRAUMA</li> </ul> - NÃO

**Tabela: Imuntolerância – Infusão**  
**Arquivo: n/a**

N°	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTIMUNO	Data de inclusão imuntolerância	DATA
2	UF_PAC	UF endereço paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOSTICO	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	PARTICIPADOSEDOMICILIAR		S-SIM N-NÃO
10	MEDICAMENTO		1-CONCENTRADO DE FATOR IX 2-CONCENTRADO DE FATOR IX 3-CONCENTRADO DE FATOR VIII 4-CONCENTRADO DE FATOR VIII 5-CONCENTRADO DE FATOR VIII 6-COMPLEXO PROTROMBÍNICO PARCIALMENTE ATIVADO

			7-COMPLEXO PROTROMBÍNICO PARCIALMENTE ATIVADO 8-ACETATO DE DESMOPRESSINA 9-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE 10-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE 11-CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE 12-ACIDO TRANEXÂMICO 13-COMPLEXO PROTROMBÍNICO 14-SELANTE DE FIBRINA 15-SELANTE DE FIBRINA 16-CONCENTRADO DE FATOR VIII 17-HEMCIBRA
11	APRESENTACAO	APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO UTILIZADO	TEXTO
12	LOTE	CÓDIGO DO LOTE DISTRIBUIDO	TEXTO
13	CATEGORIA	CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	IMUNOTOLERÂNCIA
14	DTVALIDA	DATA DE VALIDADE	DATA
15	QTDE_FRS	QUANTIDADE DE FRASCOS	NÚMERO
16	QTDE_UI	QUANTIDADE UTILIZADA	QUANTIDADE EM UNIDADES INTERNACIONAIS (UI)
17	QTDEDOSES	QUANTIDADE DE DOSES	DATA/NÚMERO
18	DTDISTRIB	DATA DA DISTRIBUIÇÃO	DATA
19	DTUTILIZA	DATA DA UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	DATA
20	QTDEUTILIZA	QUANTIDADE UTILIZADA	QUANTIDADE EM UNIDADES INTERNACIONAIS (UI)
21	HOUVESANGRA	SANGRAMENTO	-SIM (SE SIM, SELECIONE O MOTIVO – <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIRURGIA ELETIVA</li> <li>• FISIOTERAPIA</li> <li>• HEMARTROSE</li> <li>• HEMATOMA MUSCULAR</li> <li>• OUTROS</li> <li>• SANGRAMENTO DA MUCOSA</li> <li>• SANGRAMENTO INTRACRANIANO</li> <li>• TRATAMENTO DENTÁRIO</li> <li>• TRAUMA</li> </ul> -NÃO

**Tabela: Emicizumabe – Infusão**  
**Arquivo: n/a**

Nº	CAMPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO
1	DTEMICIZ	Data de inclusão emicizumabe	DATA

2	UF_PAC	UF endereço paciente	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
3	CODPAC	Código do paciente	NÚMERO
4	NOME	Nome do paciente	NOME
5	DTNASC	Data de nascimento	DATA
6	DIAGNOSTICO	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X)</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR II</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR V</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR VII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR X</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PAI</li> <li>• DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA</li> <li>• DISFIBRINOGENEMIA</li> <li>• DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III</li> <li>• HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII</li> <li>• HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX</li> <li>• HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I</li> <li>• INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO</li> <li>• OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS</li> <li>• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS</li> <li>• OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS</li> <li>• SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER</li> <li>• TROMBASTENIA DE GLANZMANN</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA A</li> <li>• PORTADORA DE HEMOFILIA B</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO</li> </ul>
7	FANTASIA	Nome fantasia da Instituição que realizou a infusão	NOME
8	UF_INST	UF Instituição de Origem	SIGLA DA UNIDADE FEDERATIVA
9	DTINIBIDOR	Data inibidor	DATA
10	INIBIDOR	Presença de Inibidor	1-SIM 2-NÃO 3-NÃO TESTADO
11	FAIXA_TITULO	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
12	VALOREXATO	Título exato	NÚMERO
13	ULTIMOINIBIDOR	Data do último inibidor	DATA
14	TITULO_ULTI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
15	ValorE_ULTI	Título exato	NÚMERO
16	PRIMEIROINIBIDOR	Data do primeiro inibidor	DATA
17	TITULO_PRI	Faixa de titulação	0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo
18	ValorE_PRI	Título exato	NÚMERO
19	PICOHIST	Pico histórico de inibidor(maior título)	- DATA  - TÍTULO 0,6-4,9UB/ml 5-1UB/ml >10,1-40UB/ml >40,1-200UB/ml >200,1UB/ml Não testado Negativo  - NÚMERO
20	EFEITOSADV	Efeitos Adversos	TROMBOSE VENOSA TROMBOSE ARTERIAL MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA

			OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
21	CIRURGIA	Ocorrência de cirurgia	S-SIM N-NÃO
22	DTCIRURGIA	Data da cirurgia	DATA
23	TPCIRURGIA	Tipo de cirurgia	TEXTO
24	DTEXCL_1	Data de exclusão 1 do Emicizumabe	DATA
25	MOTIVEXCL_1	Motivo de exclusão 1 do Emicizumabe	EFEITO ADVERSO ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
26	DESCRMOT_1	Descrição do motivo de exclusão 1	TEXTO
27	DTEXCL_2	Data de exclusão 2 do Emicizumabe	DATA
28	MOTIVEXCL_2	Motivo de exclusão 2 do Emicizumabe	EFEITO ADVERSO ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> )
29	DESCRMOT_2	Descrição do motivo de exclusão 2	TEXTO
30	JUSTIF_2	Justificativa de exclusão para o segundo motivo	TEXTO
31	SOLRESP	Solicitante (vinculado ao perfil) responsável	NOME
32	HSPRESP	Instituição de origem	NOME
33	MEDRESP	Médico solicitante responsável	NOME
34	MEDCRM	Número do CRM do médico solicitante responsável	NÚMERO
35	OBSERVAÇÃO	Observação relacionada a inclusão do paciente no tratamento	TEXTO
36	PENDÊNCIA	Validação de inclusão com pendência	TEXTO
37	DOSE_EMICZ	Dose Emicizumabe	3,0 MG/KG UMA VEZ POR SEMANA – DOSE DE ATAQUE 1,5 MG POR KG DE 7/7 DIAS 3,0 MG POR KG DE 14/14 DIAS
38	DATAIMUNO	Data de inclusão da Imunotolerância	DATA
39	DATAEXCLIMUNO	Data de exclusão final da Imunotolerância	DATA
40	MOTINCL_EMICZ	Motivo de inclusão no Emicizumabe	-ABANDONO -AUSÊNCIA DE RESPOSTA -FALHA DE RESPOSTA APÓS 30 MESES DE IT -OUTROS ( <b>CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO</b> ) -RESPOSTA PARCIAL

			-RESPOSTA TOTAL
41	DATAPESO	Data do último peso	DATA
42	PESO	Peso	NÚMERO (KG)