

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

GUIA PRÁTICO

SISTEMA HEMOVIDA WEB – COAGULOPATIAS

SUMÁRIO

I.	Introdução	3
II.	Orientações	4
1.	Itens Gerais.....	4
2.	Paciente.....	4
2.1	Acesso ao sistema	4
2.2	Cadastro	4
2.3	Diagnóstico.....	5
2.4	Exames	5
2.5	Inibidor	5
2.6	Complicações clínicas.....	6
2.7	Infusão.....	6
2.8	Validação de Pacientes	6
3.	BONAME	6
4.	Suporte	7



I. Introdução

O Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde necessita da manutenção de um registro atualizado dos pacientes com coagulopatias para conhecimento sobre a prevalência da doença e suas complicações, os dados sócio-demográficos e clínicos, o tratamento e o quantitativo de fatores dispensados a estes indivíduos, a vigilância epidemiológica das infecções, a presença de inibidor e de possíveis reações adversas ao tratamento.

O sistema informatizado Hemovida Web – Coagulopatias foi desenvolvido com o objetivo de sistematizar essas informações, permitindo o monitoramento destas doenças e contribuindo para o planejamento das ações do Programa, possibilitando uma melhor organização da atenção a esses pacientes.

Além da disponibilidade do Manual de Usuário do Sistema que apresenta detalhadamente cada item do sistema informatizado, a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – CPNSH optou por disponibilizar também este Guia Prático – Sistema Hemovida Web – Coagulopatias que tem como objetivo propiciar ao usuário esclarecimentos de dúvidas mais frequentes que possam vir a surgir sobre a implantação e implementação do Sistema. As orientações descritas nesse documento contemplam as informações referentes ao cadastro de pacientes, diagnóstico, exames, complicações clínicas, infusão, BONAME e suporte ao sistema.

II. Orientações

1. Itens Gerais

- A base de cadastro de pacientes migrada para o sistema está validada com informações enviadas pelas unidades federadas até o ano de 2007. A atualização e/ou novas solicitações devem ocorrer imediatamente e a qualquer momento.
- Todos os centros tratadores que recebem e armazenam hemoderivados e/ou realizam atendimento aos pacientes com coagulopatias, inclusive o Hemocentro Coordenador, devem ser cadastradas no sistema.
- A descentralização da gestão do cadastro de pacientes ficará a cargo do Gestor Estadual. Para tanto, serão disponibilizados cinco níveis de acesso, conforme descrito no anexo I.
- Todas as unidades federadas deverão estruturar cronograma de multiplicação do treinamento para utilização do sistema, ocorrido em 26 e 27/11/2008 em Belo Horizonte/MG, para sua rede de centros tratadores.

2. Paciente

2.1 Acesso ao sistema

- Todos os Gestores Estaduais receberão para assinatura, e envio posterior à Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, um Termo de Responsabilidade (anexo II) se comprometendo a manter sigilo e uso ético dos dados referentes ao seu Estado. Só após o recebimento do termo assinado será liberado o acesso ao sistema.
- Todos os profissionais que utilizarão operacionalmente o sistema deverão também assinar um Termo de Responsabilidade se comprometendo a manter sigilo e uso ético dos dados referentes ao seu perfil de acesso. Neste caso, o termo deverá ficar sob guarda do Gestor Estadual.

2.2 Cadastro

- Para atualizações e novos cadastros o nome do paciente deverá ser preenchido sem abreviações e de acordo com a grafia apresentada no documento oficial de identificação (ex: certidão de nascimento, carteira de identidade, etc.).
- Todo paciente cadastrado deverá ser vinculado a um centro tratador. A partir daí, será gerado o código final do indivíduo no sistema. Esse código identificará o paciente na base de dados. Esta informação deve ser repassada aos pacientes, pois o código possibilitará um atendimento mais ágil em qualquer instituição de tratamento no Brasil.

- As solicitações de **novo cadastro** deverão ser encaminhadas via sistema para validação do Gestor Federal (CPNSH). Caso o paciente já esteja cadastrado em outra unidade federada o procedimento a ser seguido será o de Solicitação de Transferência de UF:
 - ✓ O estado que recebe o paciente deverá entrar em contato com o estado que detém o cadastro para liberação de troca de UF.

2.3 Diagnóstico

- Os campos “Diagnóstico”, “Data do Diagnóstico”, “Gravidade da Hemofilia” “Presença de Inibidor”, “Título do Inibidor” e “Tipos da doença de von Willebrand” são campos de preenchimento obrigatório. Uma vez que não havia na base existente datas referentes aos campos citados acima, a data migrada para registros dessas informações será a de 01/07/2007. Isso se deve ao fato da última atualização do banco ter ocorrido em 30/06/2007. Neste sentido, para os pacientes que não tiverem informações referentes aos dados de diagnóstico e demais campos, será migrada a opção “outros” e “Não testado”, respectivamente.
- Quanto à Gravidade da Hemofilia A e B, o nível de fator a ser considerado deverá ser o de menor dosagem detectado no prontuário médico para evitar resultados falsamente altos devido à medição do fator infundido (exógeno).
- A marcação da presença de inibidor deve ser baseada no teste de mistura ou pesquisa de inibidor (ver Hemofilia Congênita e Inibidor - Manual de Diagnóstico e Tratamento de Eventos Hemorrágicos, Ministério da Saúde, 2008 p. 15-23). O resultado a ser considerado (sim, não e não testado) deverá ser o do último teste do paciente. A data da última dosagem deverá ser anotada.

2.4 Exames

- Quanto aos dados de vacinação para hepatite A e B, preencher preferencialmente mediante apresentação do cartão de vacinação. O paciente deverá ser orientado a trazer seu cartão de vacinação em todas as consultas.
- Para os dados de sorologia, **não serão migrados** os dados constantes na base de dados / Excell – 2007 da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Para registro dos resultados dos testes sorológicos deve-se seguir a seguinte orientação:
 - ✓ Registrar com data retroativa anterior a Janeiro / 2008 apenas os "testes confirmatórios" para HIV 1/2, HCV, HTLV I/II.
 - ✓ Registrar os resultados de todos os testes a partir de Janeiro / 2008, confirmatórios ou não, conforme estrutura de testes disponibilizados no sistema.

2.5 Inibidor

- A coleta dos dados referente à inibidor passou a ser a partir do dia 01/06/2011, com novo grupo de titulações:

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

OBS: salientamos que a opção de titulação “negativo” é utilizada quando o paciente já teve positividade para inibidor e em nova titulação não apresentou inibidor apresentando-se assim como negativo. Este caso deverá ser bastante utilizado no tratamento da imunotolerância.

2.6 Complicações clínicas

- Para uma melhor qualidade dos dados referente às complicações osteoarticulares, as informações devem ser preenchidas, preferencialmente, durante o exame clínico do paciente.

2.7 Infusão

- A coleta dos dados referente à infusão deverá ocorrer a partir de 01/01/2009. Na etapa de implantação existirá a possibilidade dos dados referentes ao mês de JAN/09 serem inseridos até 15/02/2009. A partir de então, os dados sobre infusão deverão ser preenchidos semanalmente no sistema. **Ressaltamos que as informações prestadas serão base para a reposição de estoques de medicamento nos Estados e Distrito Federal.**
- Os pacientes poderão ser atendidos em qualquer unidade federada (Paciente em trânsito) e seus dados de infusão lançados no sistema, independente da UF de seu cadastro. **Caso isto ocorra, os medicamentos utilizados na atenção a estes pacientes serão repostos ao serviço em que houve o atendimento e não ao serviço de origem do paciente.**

2.8 Validação de Pacientes

- a. Informamos que os pacientes que forem negados por quaisquer motivos, permanecem visíveis para os Estados por um período de 30 dias após este período o mesmo desaparece da lista para que a mesma não se torne de difícil manuseio.

3. Boname

- a. O preenchimento do BONAME passará a ser realizado na plataforma Hemovida Web – Coagulopatias a partir de janeiro de 2009.
 - O preenchimento do mês de Dezembro deverá ocorrer no formato atual até o dia 31/12/2008. O saldo será transportado para sistema para o início do preenchimento da competência de janeiro de 2009.
 - Mantém-se o prazo de envio, já estabelecido, de até o quinto dia útil de cada mês.

- b. Após a validação pela CPNSH/MS do envio das informações do Boletim Nacional de Movimentação de Estoques de Medicamentos do Ministério da Saúde (BONAME), que ocorrerá em até 96 horas, sugere-se a impressão e arquivamento mensal do formulário para consulta de órgãos reguladores (Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União, entre outros). Essa ação não exclui possíveis auditorias no sistema informatizado.
- c. Mantem-se a rotina já estabelecida de envio do Boletim Nacional de Movimentação de Estoques de Medicamentos do Ministério da Saúde (BONAME) até o 5º dia útil de cada mês.

4. Suporte

- a. Informações técnicas do Sistema Hemovida Web – Coagulopatias:
E-mail: coagulopatiasweb@saude.gov.br
Fone: (61) 3315-6169/6186

Anexo 1

PERFIS DE ACESSO – HEMOVIDA WEB – COAGULOPATIAS

FUNCIONALIDADES	Guia	GESTOR FEDERAL ADMINISTRADOR	GESTOR FEDERAL	GESTOR ESTADUAL	PRESTADOR ASSISTÊNCIA 1	PRESTADOR ASSISTÊNCIA 2	PRESTADOR ASSISTÊNCIA 3	CONTROLADOR ESTOQUE ESTADUAL	CONTROLADOR ESTOQUE SERVIÇO
PACIENTE									
Consulta		A	A			V			
Validação		A	A						
Atualização de cadastro				A	A		A		
Solicitação de novo cadastro				A	A		A		
Solicitação de Cadastro Pendente				A	A		A		
Exclusão (Pacientes Duplicados)				A	A		A		
Óbito				A	A		A		
Diagnóstico		V	V	A	A	V	A		
Dados Complementares		V	V	A	A	V	A		
Exames		V	V	A	A	V	A		
Complicações clínicas		V	V	A	A	V	A		
Infusão				A	A	A	A		
Impressão (ficha clínica completa)				A	A	A	A		
CONTROLE DE ESTOQUE									
Entrada de medicamentos									
Cadastro (Manual)		A	A						
Interface com SISMAT (Importar)									
Bloqueio de Lotes		A	A						
Medicamentos									
Distribuição		A	A	A				A	A
Recebimento de Medicamento				A				A	A
Validação de solicitação (MS/Hemocentro Coordenador)		A	A					A	
Solicitação de Medicamentos								A	A

(MS/Hemocentro Coordenador)									
Saída por outros motivos				A				A	A
Imprimir Etiquetas								A	A
Relatórios									
Medicamentos no Estoque (Nacional/ por estado)		A	A	A				A	
Distribuição de medicamentos		A	A	A				A	A
Consolidado Estadual								A	
Extração de Banco de Dados XLS		A	A	A				A	A
Extração – Solicitação de medicamentos		A	A	A				A	A
Consolidado Federal		A	A						
Distribuições expiradas		A	A	A				A	A
Medicamentos a Vencer		A	A	A				A	A
Carga Inicial		A	A						
Consolidado Estoque (Medicamentos)									
Almoxarifado Central		A	A					A	
Serviço		A	A					A	A
BONAME									
Validação		A	A						
IMUNOTOLERANCIA									
Consulta				A			A		
Infusão (Imunotolerância)				A			A		
Solicitação de Inclusão				A			A		
Solicitação Pendente				A			A		
Validação - Inclusão de paciente		A	A						
Exclusão – Exclusão de paciente		A	A						
PROFILAXIA PRIMÁRIA									
Consulta							A		
Infusão (Profilaxia Primaria)							A		
Solicitação de Inclusão PP							A		
Solicitação Pendente							A		
Validação - Inclusão de paciente		A	A						

Exclusão – Exclusão de paciente		A	A						
EMICIZUMABE									
Consulta				A			A		
Infusão (Imunotolerância)				A			A		
Solicitação de Inclusão				A			A		
Solicitação Pendente				A			A		
Validação - Inclusão de paciente		A	A						
Exclusão – Exclusão de paciente		A	A						
RELATÓRIOS									
Carga Inicial		V	V					V	
Saída por outros motivos		V	V	V				V	V
Boname		V	V	V				V	V
Boname (trimestral)		V	V	V					
Listagem de Pacientes		V	V	V	V	V	V	V	V
Listagem de Gestores		V	V	V	V	V	V	V	V
Listagem de Usuários		V	V	V					
Infusão		V	V	V					
Histórico de Infusão		V	V	V	V	V	V		
Infusão (Por centro tratador)				V	V	V	V	V	V
Imunotolerância		V	V	V	V	V	V	V	V
Profilaxia Primária		V	V	V	V	V	V	V	V
ADMINISTRAÇÃO									
Solicitação do cadastro de Instituição				A					
Validação do cadastro de Instituições		A	A						
Transferência de UF				A					
Cadastro de Usuário				A					
Consultar Usuário				A					
Extração de banco de dados (dbf)		A	A	A	A	A	A	A	A
Extração do banco de dados (xls)		A	A	A	A	A	A	A	A
Inclusão de medicamentos		A	A						
Pesquisa de satisfação		A	A						
Alteração de senha		A	A	A	A	A	A	A	A
TABNET		A	A	A	A	A	A	A	A

Cartão do Paciente		A	A						
Fechamento do Banco para Infusão		A	A						
Consultar Log		A	A	A					
Excluir Pacientes		A							
NOTIFICAÇÕES									
Incluir		A	A						
Leitura				A	A	A	A	A	A
DOWNLOAD									
Manual do Usuário		A	A	A	A	A	A	A	A
Formulários		A	A	A	A	A	A	A	A
Dicionário de Dados		A	A	A	A	A	A	A	A
Guia Prático		A	A	A	A	A	A	A	A
PESQUISA DE SATISFAÇÃO									
Responder		A	A	A	A	A	A	A	A

LEGENDA

A – O perfil poderá realizar a função de atualizar e visualizar os dados daquela determinada funcionalidade;

V – O perfil poderá realizar a função de apenas visualizar os dados da funcionalidade.

Anexo 2

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

DADOS DA INSTITUIÇÃO

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNES:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail institucional:

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL DA INSTITUIÇÃO

Nome:

CPF:

Data Nascimento:

Naturalidade: UF:

E-mail institucional:

DADOS DO GESTOR ESTADUAL DO HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS

Nome:

Cargo ou função:

CPF:

Telefone institucional:

E-mail institucional:

XXXXXXX

Responsável Legal pela Instituição

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA O USO DO SISTEMA HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS

Eu, _____ declaro possuir perfil de _____
do sistema 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 Gral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde – CGSH/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.

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.

_____, ____ de _____ de _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Assinatura do _____ HEMOVIDA WEB COAGULOPATIAS

FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO

Nome:

CPF:

Perfil de Acesso:

- ☐ **Gestor Estadual**
- ☐ **Prestador de Assistência 1**
- ☐ **Prestador de Assistência 2**
- ☐ **Prestador de Assistência 3**
- ☐ **Controlador Estoque Estadual**

Data do Desligamento:

Motivo do Desligamento:

Comentários:

Nome do Profissional

Gestor Estadual

Observação: Caso o desligamento seja para o perfil de Gestor Estadual deverá constar a assinatura do Coordenador da Hemorrede e a indicação de profissional substituto com o preenchimento de novo Termo de Responsabilidade.

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	1. AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I 2. DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII 3. DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR 4. DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) 5. DEFICIÊNCIA DE FATOR II 6. DEFICIÊNCIA DE FATOR V 7. DEFICIÊNCIA DE FATOR VII 8. DEFICIÊNCIA DE FATOR X 9. DEFICIÊNCIA DE FATOR XI 10. DEFICIÊNCIA DE FATOR XII 11. DEFICIÊNCIA DE FATOR XIII 12. DEFICIÊNCIA DE PAI 1 13. DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA 14. DISFIBRINOGENEMIA 15. DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III 16. HEMOFILIA A DEFICIÊNCIA DE FATOR VIII 17. HEMOFILIA B DEFICIÊNCIA DE FATOR IX 18. HIPOFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I 19. INIBIDOR DE FATOR DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO 20. OUTRAS CONDIÇÕES DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO 21. OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS 22. OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS 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	DATA COM	Data da Complicação Clínica	DATA
36	COMPORT	Complicações osteoarticulares	S-SIM N-NÃO
37	TIPO1	Articulação-Alvo	1
38	TIPO2	Realização de	2

		procedimento invasivo ortopédico	
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	TITHB	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 $\geq$ 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 TERCIÁRIA
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 SÍNDROME 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	TITHB	Título anti-HBs	1< 10 MUI/ML 2- ≥ 10 MUI/ML
14	SÍFILIS	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.obitodb

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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • 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 - > 10,1UB/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 O- NÃO TESTADO
48	HIV	HIV (Teste confirmatório)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE I- INDETERMINADO O- 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	TITHB	Título anti-HBs	2- < 10 MUI/ML 2- ≥ 10 MUI/ML
55	SÍFILIS	Sífilis (VDRL)	N- NÃO REAGENTE R- REAGENTE ATÉ 1:4 G- REAGENTE ≥ 1:8 0- NÃO TESTADO
56	SÍFILIS	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	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 Motivo abre campo texto 9-SANGRAMENTO DA MUCOSA 10-PROFILAXIA SECUNDÁRIA-CD 11-PROFILAXIA SECUNDÁRIA-LD 12-PROFILAXIA TERCIÁRIA 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 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
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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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 Infusão: Tratamento Hospital e Tratamento Ambulatorial	TEXTO

Tabela: Profilaxia Primária

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			AFIBRINOGENEMIA

	DIAGNOST	Diagnóstico	DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
--	----------	-------------	---

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

Nº	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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS

			HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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 sobrevida 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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) 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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) 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	TEXTO

		tratamento	
39	PENDÊNCIA	Validação de inclusão com pendência	TEXTO

Tabela: Emicizumabe

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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS

			• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)

			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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS

			• OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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	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
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 – • CIRURGIA ELETIVA • FISIOTERAPIA • HEMARTROSE • HEMATOMA MUSCULAR • OUTROS • SANGRAMENTO DA MUCOSA • SANGRAMENTO INTRACRANIANO • TRATAMENTO DENTÁRIO • TRAUMA

- NÃO

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

Nº	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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS

			• OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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)
			-SIM (SE SIM, SELECIONE O MOTIVO – • CIRURGIA ELETIVA • FISIOTERAPIA • HEMARTROSE • HEMATOMA MUSCULAR • OUTROS • SANGRAMENTO DA MUCOSA • SANGRAMENTO INTRACRANIANO • TRATAMENTO DENTÁRIO • TRAUMA
21	HOUVESANGRA	SANGRAMENTO	-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	• AFIBRINOGENEMIA DEFICIÊNCIA DE FATOR I • DEFICIÊNCIA COMBINADA DE FATORES V E VIII • DEFICIÊNCIA DE CININOGENIO DE ALTO PESO MOLECULAR • DEFICIÊNCIA DE FATORES DEPENDENTES DA VITAMINA K (II, VII, IX E X) • 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 PAI • DEFICIÊNCIA DE PRE-CALICREINA • 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 DE HEMORRÁGICAS HEREDITÁRIAS SEM DIAGNÓSTICO • OUTRAS DEFICIÊNCIAS COMBINADAS • OUTRAS DEFICIÊNCIAS HEREDITÁRIAS COMBINADAS • OUTRAS TROMBOPATIAS HEREDITÁRIAS • OUTROS INIBIDORES ADQUIRIDOS • SÍNDROME DE BERNARD SOULLIER • TROMBASTENIA DE GLANZMANN • PORTADORA DE HEMOFILIA A • PORTADORA DE HEMOFILIA B • INIBIDOR DE FATOR VIII ADQUIRIDO
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) NÃO INICIOU O TRATAMENTO ÓBITO OUTROS (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO)
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 (CAMPO TEXTO PARA PREENCHIMENTO) -RESPOSTA PARCIAL -RESPOSTA TOTAL
41	DATAPESO	Data do último peso	DATA
42	PESO	Peso	NÚMERO (KG)