

"Formulário para investigação de resistência medicamentosa em hanseníase"

Link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=49612

INSTRUTIVO DE DIGITAÇÃO NO FORMSUS

The screenshot shows a web browser window with the URL formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28659. The page header includes the SUS logo and 'Ministério da Saúde'. The main content area features the coat of arms of Brazil and the following text: 'MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COORDENAÇÃO GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO'. Below this is the title 'Formulário para investigação de resistência medicamentosa em hanseníase' in blue. A warning message states: 'Atenção: selecionar para teste molecular apenas pacientes com IB≥2 em baar realizada nos 3 meses anteriores à coleta da biópsia de pele.' At the bottom, there is a red asterisk indicating 'Preenchimento Obrigatório' and a note: 'Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.'

O formulário está dividido em 5 blocos:

1ª) Bloco I - Identificação do paciente

Preenchimento é obrigatório e inclui informações de residência do paciente.

2ª) Bloco II - Identificação da Unidade de Saúde

Esse bloco é de preenchimento obrigatório, visto que é necessário identificar a unidade responsável pela coleta da amostra

3ª) Bloco III - Informações clínicas

Esse bloco se desdobra em informações específicas a depender do motivo do envio da amostra.

4ª) Bloco IV - Informações para preenchimento pelo LACEN

Esse bloco objetiva obter informações do laboratório Central

5ª) Bloco V - Informações para preenchimento pelo Laboratório de Referência

Esse bloco deve ser preenchido apenas pelo laboratório que processará as análises.

Atenção! Deve ser preenchido UM formulário para CADA AMOSTRA.

Esse formulário está cadastrado no FormSUS como: "**Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase**".

Para acessar, copie e cole o endereço abaixo no seu navegador (Internet Explorer, Mozilla, Google Chrome, Safari ou outro): http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=49612

OBS: Para digitação NÃO é necessária a utilização de senha.

CAMPOS PARA DIGITAÇÃO

Bloco I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

As informações de Estado e Município são referentes aos de RESIDÊNCIA do paciente

- 1) Nº Cartão SUS: *
- 2) Número da notificação no SINAN: *
- 3) Nome do paciente: *
- 4) Data de Nascimento: *
Dia/Mês/Ano 99/99/9999
- 5) Gênero: *
- 6) Nome da mãe: *
- 7) Estado: *
- 9) Endereço residencial: *
- 10) Bairro: *
- 11) Telefone: *

Informe ddd e número - apenas números

Bloco II - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

- 12) Nome da Unidade de Saúde: *
- Digite o nome da Unidade de Saúde (sem acentos) responsável pela coleta da amostra.
- 13) Código CNES: *
- Digite o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em caso de dúvidas, acessar:
<http://cnes.datasus.gov.br/>

Bloco III - INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- 14) Motivo do envio da amostra: *

Caso Novo multibacilar

Considerar a pessoa que nunca recebeu qualquer tratamento específico para a doença. Selecionar para teste molecular pacientes multibacilares com $IB \geq 2$, na pesquisa de *Mycobacterium leprae* em baciloscopia, realizada no máximo há três meses antes da coleta da biópsia.

Recidiva

Considerar a definição e os critérios das Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, independente do resultado da baciloscopia.

Suspeita de falência

Considerar pacientes com hanseníase em tratamento e que não mostram sinais clínicos ou baciloscópico de resposta a PQT.

- 15) Data de início do tratamento anterior:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

- 16) Data de início do tratamento atual:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

- 17) Esquema terapêutico realizado: *

Selecionar o esquema PQT ou outros esquemas.

- 18) Outros esquemas terapêuticos, especificar:

Selecionar as drogas do esquema substitutivo. É possível selecionar mais de uma droga.

- 19) Se outra medicação, especificar:

Se "outras" medicações, digite o nome da(s) droga(s) administrada(s).

- 20) Tempo do tratamento anterior (em meses):

Digite o tempo do último tratamento realizado, em que o tipo de saída foi cura. Apenas números.

21) Número de doses administradas no tratamento anterior:

Digite o número de doses administradas do último tratamento realizado, em que o tipo de saída foi cura. Apenas números.

22) Tempo do tratamento atual (em meses):

Digite o tempo do tratamento atual, em que o modo de entrada foi recidiva. Apenas números.

23) Número de doses administradas no tratamento atual:

Digite o número de doses administradas no tratamento atual, em que o modo de entrada foi recidiva. Apenas números.

24) Forma Clínica: *

Informe a forma clínica da recidiva.

25) Estava em reação hansênica no momento da biópsia?

Informe a situação do paciente em relação à reação.

26) Índice Bacilar:

Informar o índice de baciloscopia realizada no máximo há três meses antes da coleta da biópsia.

27) Índice Morfológico (se disponível):

28) Sinais e sintomas no diagnóstico de Recidiva:

Selecione um ou mais sinais e sintomas após a alta por cura.

29) Se outros, especifique:

Se existir sinais e sintomas não listados na questão 27.

30) Nome do responsável pela solicitação da amostra:

Informe o nome do médico responsável pela investigação.

31) Telefone:

Informe ddd e número - apenas números. Digite o telefone disponível na Unidade de Saúde ou o particular.

32) Data da realização da biópsia: *

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

33) Anexo 1: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN:

Anexe, se disponível, cópia da ficha de notificação do Sinan, referente ao último tratamento do paciente.

34) Anexo 2: FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

Digite informações clínicas adicionais que não foram solicitadas no formulário.

35) Observações:

Digite informações clínicas adicionais que não foram solicitadas no formulário.

Bloco IV - PARA PREENCHIMENTO PELO LACEN

36) Data de recebimento da amostra clínica:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

37) Amostra recebida é adequada:

Considerar amostra adequada o que está regulamentado na RDC 302/2005 da ANVISA.

38) Tipo de não conformidade:

Se a amostra não está adequada, selecionar o tipo de não conformidade da amostra biológica.

39) Nome do laboratório de referência para o qual foi enviada a amostra:

Selecionar o nome do laboratório.

40) Data de envio da amostra para o laboratório de referência:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

Bloco V - PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

41) Data de recebimento da amostra clínica:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

42) Amostra recebida é adequada:

Considerar amostra adequada o que está regulamentado na RDC 302/2005 da ANVISA.

43) Por que?

Se a amostra não está adequada, descrever a forma da apresentação da amostra biológica e as condições inadequadas de acondicionamento e quais os encaminhamentos realizados para esta amostra inadequada.

44) Detecção de DNA M.Leprae?

Informar se há presença de DNA M.Leprae na amostra biológica.

45) Resultado da investigação para Rifampicina (Gene rpoB):

Informar se sensível, resistente ou inconclusivo para rifampicina.

46) Resultado da investigação para Dapsona (Gene folPI):

Informar se sensível, resistente ou inconclusivo para dapsona.

47) Resultado da investigação para ofloxacina (Gene gyrA):

Informar se sensível, resistente ou inconclusivo para ofloxacino.

48) Observações do Laboratório de Referência:

Digitar observações complementares ao resultado. Tendo em vista que não conhecemos todos os genes para resistência antimicrobiana, ressalta-se a importância da correlação clínica.

49) Data de liberação do resultado:

Informe a data com o formato dia/mês/ano.

GRAVAÇÃO



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

Importante!!

Imprimir, salvar em PDF ou anotar o protocolo de cada ficha incluída no sistema, pois para alteração e/ou complementação dos dados digitados é necessário ter em mãos esse protocolo.

Após clicar em "Gravar", o formulário apresenta uma página com um resumo das informações inseridas:

Ministério da Saúde

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Formulário | Altera Ficha | Imprimir Formulário

Formulário inserido com sucesso!

IMPORTANTE --> Tenha em mãos esse protocolo gerado (salve em PDF/anote/imprima esta ficha), será imprescindível para inclusão do resultado

Anotar o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro!

Formulários: Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase
Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28659&acao=alterar&codigo_alterar=28659.39WpvHIY92C4w

Protocolo: **28659.39WpvHIY92C4w** Imprimir

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

As informações de Estado e Município são referentes aos de RESIDÊNCIA do paciente

2) Número da notificação no SIMAN:
0000000000

3) Nome:
Ana

4) Data de Nascimento:
25/09/1973

5) Gênero:
Feminino

6) Nome da mãe:
Ana

7) Estado:
Paraná

8) Município:
Barcelos

E o número do protocolo:

Anotar o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro!

Formulários: Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28659&acao=alterar&codigo_alterar=28659.39WpvHIY92C4w

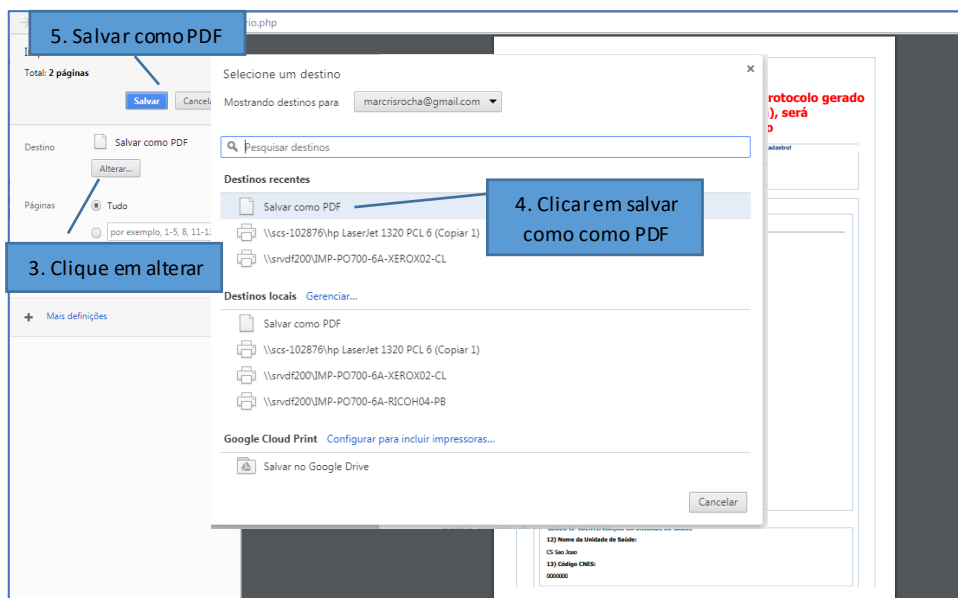
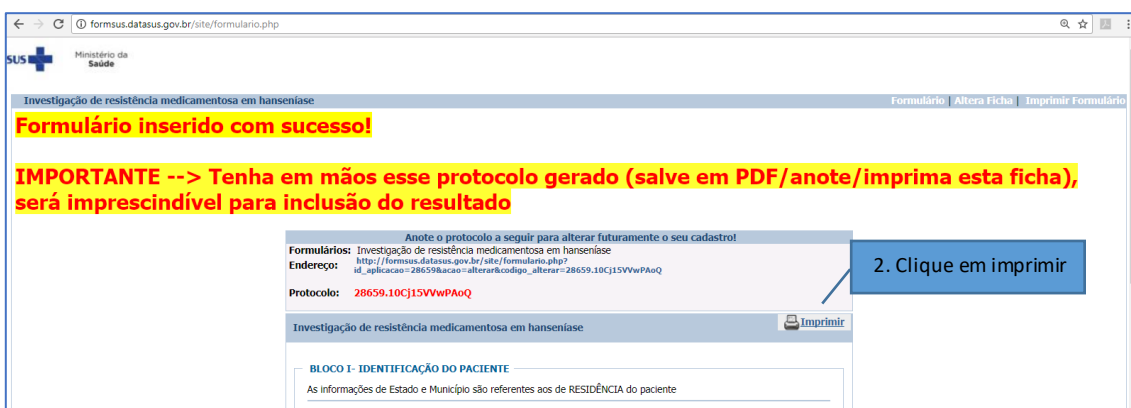
Protocolo: **28659.39WpvHIY92C4w**

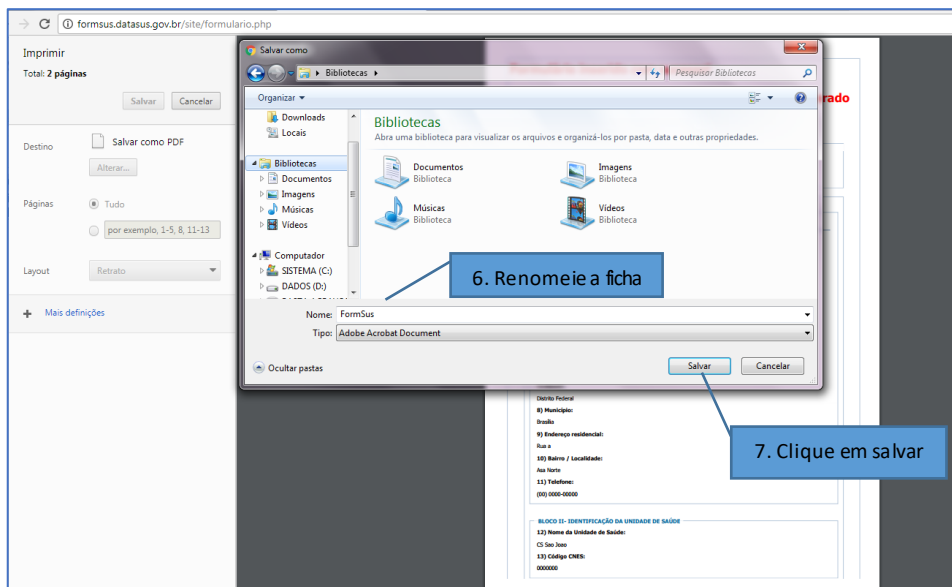
Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase Imprimir

Obs: Visto que o protocolo é composto por número e letras maiúsculas e minúsculas, é mais fácil salvar em PDF para copiar e colar no campo "Altera Ficha", evitando, assim, erros de digitação. (Vide instruções abaixo).

COMO SALVAR A FICHA EM PDF

Usando o navegador Google Chrome





ALTERAÇÃO/COMPLEMENTAÇÃO/ATUALIZAÇÃO DE FICHA JÁ CADASTRADA

No caso de **alteração/complementação** do formulário digitado e salvo, é necessário clicar no menu **Alterar Ficha** e digitar a sequência do PROTOCOLO fornecida no momento da gravação.

Abra o arquivo PDF salvo com o protocolo que se quer alterar.

Ministério da Saúde

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Formulário inserido com sucesso!

IMPORTANTE --> Tenha em mãos esse protocolo gerado (salve em PDF/anote/imprima esta ficha), será imprescindível para inclusão do resultado

Anote o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro

Formulários: Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase
 Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28659&acao=alterar&codigo_alterar=28659.10Cj15VVwPAoQ
 Protocolo: **28659.10Cj15VVwPAoQ**

10. Copie o protocolo do PDF

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

BLOCO I- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

As informações de Estado e Município são referentes aos de RESIDÊNCIA do paciente

1) Nº Cartão SUS:
0000000000

formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28659&acao=alterar

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Preencha o campo abaixo com o protocolo de sua ficha :

Protocolo: **28659.39WpvHIY92C4w**

Utilize o protocolo exatamente como fornecido.
 Maiúsculas, Minúsculas, Símbolos e Pontos fazem diferença.

11. Copie o protocolo do PDF

12. Clique em buscar

Buscar

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

As atualizações/alterações serão gravadas com o mesmo protocolo.

47) Observações do Laboratório de Referência:
 Obs: Não conhecemos todos os genes para resistência antimicrobiana, por isso a correlação clínica é fundamental

48) Local de envio do resultado:

49) Data de liberação do resultado:

13. Clique em gravar

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
 Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1

Digitar outro formulário:

Para preencher outro formulário: clique no menu "Formulário", conforme seta abaixo:

Investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Formulário | Altera Ficha | Imprimir Formulário

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
 COORDENAÇÃO GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

Clique aqui para novo formulário

Formulário para investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

Atenção: selecionar para teste molecular apenas pacientes com IB≥2 em baar realizada nos 3 meses anteriores à coleta da biópsia de pele.

* Preenchimento Obrigatório
 Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.
 Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.