

DADOS DO CASO	
1) Nome de registro*:	2) Nome Social:
3) Unidade de saúde de tratamento:	4) Número no SITE-TB:
5) (DDD) Telefone 1: (___) _____ - _____	6) (DDD) Telefone 2: (___) _____ - _____

EXAMES COMPLEMENTARES	
7) Exame de Baciloscopia*: () Não realizado () Negativo () Positivo 1 a 9 bacilos () Positivo + () Positivo ++ () Positivo +++ Material**: () Escarro () Outro material Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____	
8) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado Material**: () Escarro () Outro material Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____ Laboratório**: () Público () Privado	

9) Teste Rápido Molecular Resultado*: () Não realizado () MTB não detectado () MTB detectado indeterminado à rifampicina () MTB detectado sensível à rifampicina () MTB detectado resistente à rifampicina () MTB detectado traços indeterminado à rifampicina () Inválido Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____
--

10) Teste de hibridização com sonda em linha (LPA)*: () Realizado () Não realizado Material**: () Escarro () Outro material Data da coleta**: ____/____/____ Nas caixas ao lado de cada gene, escreva: NR - não realizado, MND - mutação não detectada (sensível), MD - mutação detectada (resistente)
--

Medicamento	Gene	Medicamento	Gene
Rifampicina (R)	<i>rpoB</i> **	Aminoglicosídeos	<i>rrs</i> ** <i>eis</i> **
Isoniazida (H)	<i>inhA</i> ** <i>katG</i> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> ** <i>gyrB</i> **

11) Outro exame de biologia molecular*: () Não realizado () Complexo <i>M. tuberculosis</i> () Negativo Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____
--

12) Teste de Sensibilidade*: () Realizado () Não realizado Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou C: contaminado
--

Rifampicina(R) **	Isoniazida (H) **	Pirazinamida (Z) **	Etambutol (E) **
Estreptomicina(S) **	Amicacina (Am) **	Capreomicina (Cm) **	Kanamicina (Km) **
Levofloxacino (Lfx) **	Moxifloxacino (Mfx) **		

Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____ Método: () Proporções () Automatizado
--

13) Radiografia de Tórax*: () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária () Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal	14) Data da radiografia de tórax*: ____/____/____
--	---

15) HIV*: () Não realizado () Negativo () Positivo

16) TARV*: () Sim () Não

CONSULTA	
----------	--

17) Data da consulta atual*: ____/____/____	18) Data da próxima consulta*: ____/____/____
---	---

19) Evolução clínica*: () Favorável () Desfavorável	20) Peso (Kg)*: _____	21) Altura (cm): _____
---	-----------------------	------------------------

22) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? () Não () Sim [responda às questões 21.1 a 21.8]

22.1) Município de residência**:	22.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:
----------------------------------	--

22.3) Logradouro**:	22.4) Nº: _____	22.5) Bairro: _____
---------------------	-----------------	---------------------

22.6) Complemento (apto., casa,...): _____	22.7) Regional/Distrito de Saúde do município: _____	22.8) CEP: _____
--	--	------------------

Doenças e agravos associados	
23) Aids*: () Sim () Não () Ignorado	24) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado
25) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado	26) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado
27) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado	28) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado
29) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado	30) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado
31) Transplantado(a) de medula óssea*: () Sim () Não () Ignorado	32) Transplantado(a) de órgão sólido*: () Sim () Não () Ignorado
33) Doença Mental*: () Sim () Não () Ignorado	34) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado
35) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado	36) Usuários de imunobiológicos*: () Sim () Não () Ignorado
37) Outra(o): _____	

38) Reações adversas maiores* : () Sim () Não <input type="checkbox"/> Artralgia limitante Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Nefrotoxicidade Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Convulsão Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Neurite ótica Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Hepatite medicamentosa Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Neuropatia periférica grave Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Mielotoxicidade (trombocitopenia ou leucopenia ou anemia) Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Pancreatite Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Perda auditiva: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Prolongamento do intervalo QT: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Alergias graves: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Psicose e depressão: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Acidose láctica: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo: Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____
<input type="checkbox"/> Outro: _____ Mês de tratamento do início da reação adversa** : __/__/____ Medicamento suspeito** : _____	

39) Avaliação de contatos

Número de contatos identificados* : _____

Número de contatos examinados* : _____

40) Nome do Profissional* : _____**41) Função*** : _____**TRATAMENTO****42) Alteração do esquema terapêutico?** () Sim [preencha a tabela abaixo] () Não

Medicação**	Data de início**	Data de término**	Dose unitária**	Frequência**

CASO A CONSULTA ATUAL CORRESPONDA AO MÊS DE ENCERRAMENTO OU TRANSFERÊNCIA, RESPONDA AS QUESTÕES DO PRÓXIMO BLOCO**ENCERRAMENTO****43) Transferência:** () Sim () Não**44) Unidade de saúde de destino**:** _____**45) Data do fim do tratamento/transferência**:** __/__/____**46) Tratamento diretamente observado*:** () Sim () Não

47) Situação de encerramento*: () Curado () Tratamento completo () Abandono () Falência () Óbito
() Óbito por outra causa () Mudança de esquema (Preencha o campo **Se Mudança de esquema**)
() Mudança do padrão de resistência () Mudança de diagnóstico () Abandono primário
() Transferido para outro país

Se Mudança de esquema:**- Se mudança de esquema para um **caso de TB DR**, preencha o motivo: _____- Se mudança de esquema para um **caso de TB esquema especial**, selecione o motivo entre as opções abaixo:
 Hepatopatia prévia () Hepatotoxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa
 Alterações visuais () Alterações renais () Outras doenças
48) Observações: