

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) Radiografia de Tórax*: ( ) Não realizado ( ) Unilateral cavitária ( ) Unilateral não cavitária ( ) Bilateral cavitária ( ) Bilateral não cavitária ( ) Normal			10) Data da radiografia de tórax*: ____/____/____
11) Tomografia Computadorizada*: ( ) Não realizado ( ) Fibrocavitária ( ) Broncocavitária ( ) Outras alterações ( ) Normal			12) Data da tomografia computadorizada**: ____/____/____
13) HIV*: ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo			
14) TARV*: ( ) Sim ( ) Não			
CONSULTA			
15) Data da consulta atual*: ____/____/____		16) Data da próxima consulta*: ____/____/____	
17) Evolução clínica*: ( ) Favorável ( ) Desfavorável		18) Peso (Kg)*:	19) Altura (cm):
20) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? ( ) Não ( ) Sim [responda às questões 17.1 a 17.8]			
20.1) Município de residência**:		20.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:	
20.3) Logradouro**:		20.4) Nº:	20.5) Bairro:
20.6) Complemento (apto., casa,...):		20.7) Regional/Distrito de Saúde do município:	
		20.8) CEP: _____ - _____	
Doenças e agravos associados			
21) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		22) Abuso de álcool*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
23) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		24) Hepatites virais (B/C)*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
25) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		26) Neoplasia*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
27) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		28) Tabagismo*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
29) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		30) Transplantado(a) de órgão sólido*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
31) Uso de corticoterapia prolongada*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		32) Uso de drogas ilícitas*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
33) Usuários de imunobiológicos*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		34) Doença estrutural do pulmão*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	
35) Fibrose cística*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado		36) Outra(o):	
37) Reações adversas maiores*: ( ) Sim ( ) Não			
( ) Acidose láctica: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Alveolite alérgica extrínseca: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	
( ) Artralgia incapacitante: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Broncoespasmo: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	
( ) Colite pseudomembranosa: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Convulsão: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	
( ) Deficiência visual: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Depressão: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	
( ) Exantema ou hipersensibilidade grave: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Hemorragia digestiva: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	
( ) Hepatotxicidade: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____		( ) Hipertensão intracraniana: Mês de tratamento do início da reação adversa** : ____/____ Medicamento suspeito** : _____	

<input type="checkbox"/> <b>Mielotoxicidade (anemia, leucopenia e trombocitopenia):</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Nefrite intersticial:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Nefrotoxicidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Neurite óptica:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Neuropatia periférica grave:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Obstrução Intestinal:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Ototoxicidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Pancitopenia:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ <b>Caso de MNT</b> Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Pancreatite:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Pneumonia por hipersensibilidade:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Prolongamento do intervalo QT:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Rabdomiólise:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Rush Cutâneo:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Sd de Stevens Johnson:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Sintomas psicóticos e depressão:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	<input type="checkbox"/> <b>Tendinite grave, rotura de tensão de aquiles:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____
<input type="checkbox"/> <b>Uveíte:</b> Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____	

**TRATAMENTO**

**38) 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**

**39) Transferência:** ( ) Sim ( ) Não

**40) Unidade de saúde de destino\*\*:**

**41) Data do fim do tratamento/transferência\*\*:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**42) Situação de encerramento\*:** ( ) Curado ( ) Tratamento completo ( ) Abandono ( ) Falência ( ) Óbito  
( ) Óbito por outra causa ( ) Mudança de esquema (Preencha o campo **Se Mudança de esquema**)  
( ) Mudança de diagnóstico ( ) Abandono primário ( ) Transferido para outro país  
- Se mudança de esquema para um **caso de TB esquema especial ou MNT**, selecione o motivo entre as opções abaixo:  
( ) Hepatopatia prévia ( ) Hepatotoxicidade ( ) Intolerância grave ( ) Alergia medicamentosa  
( ) Alterações visuais ( ) Alterações renais ( ) Outras doenças

**43) Observações:**

**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior