

Dicionário de Dados do Boletim de Acompanhamento de MNT

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE CASO DE MNT

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SITE-TB
CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dados necessários para acompanhamento do tratamento dos indivíduos e para cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	XLS
1. Nome de registro	Texto		Nome civil da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Nome
2. Nome social	Texto		Nome pelo qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida	Campo essencial	*
3. Unidade de saúde de Tratamento	Texto		Nome completo da unidade de saúde responsável pelo tratamento do indivíduo	Campo essencial	Unidade tto

4. Número no SITE-TB	Numérico		Código de identificação do indivíduo no SITE-TB, apresentado como “Número MNT” na janela “Resultado da pesquisa de casos”.	Campo essencial	Número do paciente
5 e 6. (DDD) Telefone	Numérico		Telefone ou contato da pessoa em tratamento	Campo essencial	Telefone 1 e Telefone 2
7. Exame de Baciloscopia	Categórico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo 1 a 9 bacilos 4. Positivo + 5. Positivo ++ 6. Positivo +++ 	Refere-se ao status da baciloscopia. Se campo 7 (status baciloscopia = número 2, 3,4,5 ou 6, habilita campos, <i>material, data da coleta e do resultado da baciloscopia</i>).	Campo obrigatório	Baciloscopia -Resultado ¹
<i>Material</i>	Categórico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escarro 2. Outro material diferente de escarro 	Tipo de material coletado para a baciloscopia Este campo só é habilitado se registro da forma clínica da doença. Se forma clínica for pulmonar	Campo obrigatório	*

			automaticamente será preenchido a opção 1, se extrapulmonar, opção 2, se ambas as formas, deverá ser selecionada a opção 1 ou 2.		
<i>Data da coleta</i>	Data		Data da coleta da baciloscopia	Campo obrigatório Condicionado ao campo 7	Baciloscopia - Data da coleta ¹
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da baciloscopia	Campo essencial Condicionado ao campo 7	*
8. Exame de Cultura	Catagórico	1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo 4. Contaminado	Refere-se ao status da cultura. Se campo 8 (resultado cultura realizada= número 2, 3 ou 4, habilita campos <i>material, data da coleta, data do resultado e laboratório da cultura</i>	Campo obrigatório	Cultura - Resultado ¹
<i>Material</i>	Catagórico	1. Escarro 2. Outro material diferente de escarro	Tipo de material coletado para a cultura. Este campo só é habilitado se registro da forma	Campo obrigatório	*

			clínica da doença. Se forma clínica for pulmonar automaticamente será preenchido a opção 1, se extrapulmonar, opção 2, se ambas as formas, deverá ser selecionada a opção 1 ou 2.		
<i>Data da coleta</i>	Data		Data da coleta do material para a cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 8	Cultura – Data da coleta ¹
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da cultura	Campo essencial Condicionado ao campo 8	*
<i>Laboratório</i>	Categórico	1. Público 2. Privado	Laboratório que realizou o exame de cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 8	*
9. Radiografia de Tórax	Categórico	1. Não realizado 2. Unilateral cavitária 3. Unilateral não cavitária 4. Bilateral cavitária 5. Bilateral não cavitária 6. Normal	Descreve o status da Radiografia de Tórax. Se exame realizado habilita campo 10 = data da Radiografia de Tórax.	Campo obrigatório	Raio X - Apresentação ¹

10. Data da Radiografia de Tórax	Data		Data do exame da radiografia de Tórax	Campo obrigatório	Raio X– Data ¹
11. Tomografia Computadorizada	Categórico	1. Não realizado 2. Fibrocavitária 3. Broncocavitária 4. Outras alterações 5. Normal	Indica o status da Tomografia Computadorizada	Campo obrigatório	Tomografia Computadorizada - Resultado ¹
12. Data da Tomografia computadorizada	Data		Registra a data do exame da tomografia computadorizada	Campo obrigatório Condicionado ao campo 11	Tomografia Computadorizada– Data ¹
13. HIV	Categórico	1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo	Refere-se ao status do exame de HIV	Campo obrigatório	HIV - Resultado
14. TARV	Categórico	1. Sim 2. Não	Descreve se houve realização de terapia com antiretroviral	Campo obrigatório	TARV
15. Data da consulta atual	Data		Refere-se a data da consulta atual	Campo obrigatório	Consulta - Data ¹
16. Data da próxima consulta	Data		Refere-se a data da próxima consulta	Campo obrigatório	Consulta – Próxima consulta ¹
17. Evolução clínica	Categórico	1. Favorável 2. Desfavorável	Prognóstico do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	Consulta - Evolução clínica ¹
18. Peso (Kg)	Número		Peso do paciente em tratamento	Campo obrigatório	*
19. Altura (cm)	Número			Campo essencial	*

			Altura do paciente em tratamento		
20. Endereço atual (Verificar mudança de endereço)	Categórico	1. Sim 2. Não	Campo destinado a pacientes que tiveram alteração de endereço em relação ao endereço da notificação inicial. Caso haja mudança de endereço, habilita campos: Município, UF, Logradouro, Número, Bairro, Complemento, Regional de Saúde e Cep do novo endereço da residência.	Campo essencial	*
20.1. Município de residência	Categórica		Nome do município em que o indivíduo reside atualmente	Campo obrigatório Condicionado ao campo 20	Cidade (residência - endereço atual)
20.2. UF de residência	Texto		Nome da Unidade da Federação em que a pessoa em tratamento reside atualmente	Campo obrigatório Condicionado ao campo 20	UF (residência - endereço atual)

20.3. Logradouro	Texto		Tipo de logradouro, seguido do nome completo do logradouro atual onde vive a pessoa em tratamento	Campo obrigatório Condicionado ao campo 20	Logradouro (residência - endereço atual)
20.4. Número	Numérico		Número da residência atual do indivíduo	Campo essencial Condicionado ao campo 20	Número (residência - endereço atual)
20.5. Bairro	Texto		Nome completo do bairro de residência atual da pessoa em tratamento	Campo essencial Condicionado ao campo 20	Bairro (residência - endereço atual)
20.6. Complemento (apto, casa...)	Texto		Complemento atual para localização da residência da pessoa em tratamento	Campo essencial Condicionado ao campo 20	Complemento (residência - endereço atual)
20.7. Regional de saúde - CIR	Texto		Nome da Regional de saúde de residência atual do indivíduo em tratamento	Campo essencial Condicionado ao campo 20	*
20.8. CEP	Numérico		Código de endereçamento postal do logradouro atual de residência do indivíduo	Campo essencial Condicionado ao campo 20	*
21 ao 36. Doenças e agravos associados	Categórica	Categorias: Aids, Abuso de álcool, Diabetes, Hepatites virais (B/C),	Indica se o paciente em tratamento apresenta alguma	Campo obrigatório	Comorbidade – Nome ^a

		<p>Insuficiência renal/hemodiálise, Neoplasia, Silicose, Tabagismo, Transplantado(a) de medula óssea, Transplantado(a) de órgão sólido, Uso de corticoterapia prolongada, Uso de drogas ilícitas, Usuários de imunobiológicos, Doença estrutural do pulmão, Fibrose cística, Outra(o)</p>	<p>doença ou agravo associado. Se campo = outra (o), habilita campo texto.</p>		
<p>37. Reações adversas maiores</p>	<p>Catagórica</p>	<p>Categorias: acidose láctica, artralgia incapacitante, colite pseudomembranosa, deficiência visual, exantema ou hipersensibilidade grave, hepatotoxicidade, mielotoxicidade, alveolite alérgica extrínseca, broncoespasmo, convulsão, depressão, hemorragia digestiva, hipertensão</p>	<p>Indica se o paciente em tratamento apresenta reação adversa maior aos medicamentos utilizados, ou seja, reações que implicam na interrupção ou alteração do tratamento.</p>	<p>Campo obrigatório</p>	<p>Reação adversa – Nome^b</p>

		intracraniana, nefrite intersticial, nefrotoxicidade, neurite periférica grave, ototoxicidade, pancreatite, prolongamento do intervalo QT, rash cutâneo, sintomas psicóticos e depressão, uveíte, neurite ótica, obstrução intestinal, pancitopenia, pneumonia por hipersensibilidade, rabdomiólise, síndrome de Stevens Johnson, tendinite grave e rotura de tensão de aquiles.			
38. Alteração do esquema terapêutico	Categórico	1. Sim 2. Não	Demonstra se houve alteração do esquema terapêutico, se “sim” habilita os campos: <i>medicação, data de início e término, dose unitária e frequência.</i>	Campo essencial	*
<i>Medicação</i>	Texto		Medicação utilizada em novo regime terapêutico	Campo obrigatório Condicionado ao campo 38	*

<i>Data de início</i>	Data		Data de início do novo esquema terapêutico	Campo obrigatório Condicionado ao campo 38	*
<i>Dose unitária</i>	Texto		Dosagem do novo medicamento a ser administrado	Campo obrigatório Condicionado ao campo 38	*
<i>Frequência</i>	Texto		Periodicidade da administração do novo medicamento	Campo obrigatório Condicionado ao campo 38	*
39. Transferência	Categórico	1.Sim 2. Não	Indica se o paciente foi transferido de unidade de saúde, se “sim” habilita campo 40 = unidade de saúde de destino para qual o indivíduo foi transferido	Campo essencial	*
40. Unidade de saúde de destino	Texto		Unidade de saúde de destino para a qual o indivíduo foi transferido	Campo obrigatório Condicionado ao campo 39	*

41. Data do fim do tratamento/transferência	Data		Data do término do tratamento ou da transferência	Campo obrigatório	*
42. Situação de Encerramento	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curado 2. Tratamento completo 3. Abandono 4. Falência 5. Óbito 6. Óbito por outra causa 7. Mudança de esquema 8. Mudança de diagnóstico 9. Abandono primário 10. Transferido para outro país 	<p>Informa a situação do indivíduo na data do término do tratamento segundo as opções de 1 a 10. Se opção 7 = Mudança de esquema habilita campo referente ao <i>motivo da mudança</i>.</p>	Campo obrigatório	Situação/Encerramento
<i>Motivo da mudança de esquema</i>	Catagórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hepatopatia prévia 2. Hepatotoxicidade 3. Intolerância grave 4. Alergia medicamentosa 5. Alterações visuais 6. Alterações renais 7. Comorbidade 	<p>Demonstra o motivo da mudança de esquema de tratamento</p>	Campo obrigatório Condicionado ao campo 42	*
43. Observações	Texto		<p>Refere-se as informações complementares sobre a investigação, notificação ou</p>	Campo essencial	*

			tratamento do caso notificado..		
--	--	--	------------------------------------	--	--

* As variáveis em que contam o símbolo (*) no dicionário de dados não contam no arquivo de exportação XLS.

Outras variáveis contarão somente no arquivo XLS (variáveis de preenchimento automático), tais como: Key, Validação, Classificação, Dígito, Idade, campo “Códigos do IBGE referente aos endereços”, CNES da unidade de tratamento e Qtd Tratamentos Anteriores.

¹As variáveis que apresentarem essa identificação aparecerão no arquivo XLS com a identificação de quantas vezes foram inseridas no sistema.

Exemplo: baciloscopia – 1, baciloscopia – 2.

^{a,b} O nome da variável será formado por “ Comorbidade -”, “ Reação adversa -” acompanhado do nome da doença ou agravo ou reação adversa, consecutivamente.