

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SITE-TB
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
CASO DE MNT**

***CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dados 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.

Identificação do Indivíduo

Nome do registro*: anotar o nome civil do indivíduo notificado no SITE-TB, com letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Conferir com um documento de identidade, se possível.

Nome social: informar o nome pelo qual o indivíduo se identifica e é socialmente reconhecido. Preencher em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

Data de nascimento*: registrar o dia, mês e ano de nascimento do indivíduo. Se a data do nascimento for desconhecida, anotar a data do nascimento aproximada.

Sexo*: informar o sexo do indivíduo (Masculino, Feminino).

Gestante:** se o indivíduo for do sexo feminino, informar se é gestante. Se Sim, especificar se a mesma está no 1º, 2º ou 3º trimestre ou se a idade gestacional é ignorada. Caso contrário, marcar as opções, Não, Ignorado/Não sabe ou Não se aplica. Este campo não será habilitado para indivíduos do sexo masculino e crianças menores de sete anos.

Raça/Cor*: perguntar, para o indivíduo a ser notificado, qual a sua cor ou raça e registrar a informação declarada como: Branca, Preta, Amarela, Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia) ou Ignorado (incluindo-se o caso para o qual não tenha sido possível perguntar a raça ou cor ou que prefira não declarar raça ou cor).

Escolaridade (anos de estudos)*: selecionar entre as opções os anos de estudos concluídos pelo indivíduo que está sendo notificado na ocasião da notificação. Nenhuma (< do que 1 ano de estudo concluído), de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, 12 ou + e ignorada.

Cartão Nacional de Saúde: registrar o número do cartão de saúde do indivíduo registrado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nome da mãe*: preencher com o nome completo da mãe do indivíduo notificado e, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações acentos ou caracteres especiais. Se o nome da mãe não for conhecido, preencher o campo com “ignorado”. Conferir a informação com um documento de identidade, se possível.

(DDD) Telefone: Anotar o DDD e o telefone do indivíduo, preferencialmente celular. Se o mesmo não possuir celular, anotar o telefone da residência ou do trabalho. Se nenhum desses números estiver disponível, anotar telefone de terceiros que permita contato com o indivíduo.

Dados de residência

UF de residência*: anotar o nome da Unidade da Federação em que o indivíduo reside.

Município de residência*: preencher com o nome completo do município em que o indivíduo reside, sem abreviações.

Logradouro*: registrar, sem abreviações, com letra de forma legível e sem o uso de acentos e caracteres especiais, o tipo de logradouro (rua, avenida, estrada, rodovia, travessa, beco, ladeira, caminho, etc.) seguido do nome completo do logradouro onde vive o indivíduo notificado no SITE-TB. Conferir a informação com um comprovante de residência, se disponível. Caso não possua residência, preencher como “sem residência”.

Nº: preencher com o número da residência do indivíduo. Se a residência não possuir número, preencher com “SN”.

Bairro: preencher com o nome completo do bairro de residência do indivíduo, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

Complemento (apto., casa,...): caso seja necessária informação complementar para localização da residência do indivíduo, anotar em letra de forma legível, sem o uso de acentos e caracteres especiais. EX. BLOCO B, APTO 402, LOTE 25, CASA 14.

Regional/Distrito de Saúde do município: registrar o nome completo da regional/distrito de saúde em que o indivíduo reside, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

CEP: Anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do indivíduo.

Dados de Notificação

UF de origem*: anotar o nome do estado da unidade de saúde de origem^a do indivíduo notificado no SITE-TB.

Município de origem*: anotar o nome do município da unidade de saúde de origem do indivíduo notificado no SITE-TB

Unidade de saúde de origem*: anotar o nome da unidade de saúde de origem do indivíduo notificado no SITE-TB.

Tipo de entrada*: selecionar entre as opções o motivo pelo qual o indivíduo está sendo notificado no SITE-TB (caso novo de MNT, mudança de esquema de MNT, após abandono de tratamento de MNT, recidiva de MNT, falência ao tratamento de MNT). Obs. Em caso de identificação de nova espécie o caso deverá ser notificado como caso novo.

Mudança de esquema (motivo):** se mudança de esquema, selecionar o motivo da mudança de esquema entre as opções: hepatopatia prévia, hepatotoxicidade, intolerância grave, alergia medicamentosa, alterações visuais, alterações renais e outras doenças.

Identificação da espécie*: marcar a espécie de micobactéria não tuberculosa (MNT) ou, caso não tenha sido identificada a espécie, selecionar o complexo. Caso nem a espécie nem o complexo tenham sido identificados, marcar a opção “Sem identificação”. Se a espécie identificada não estiver entre as opções disponíveis, marcar a opção “Outra” e escrever o nome por extenso.

Tipo de exame:** selecionar se o tipo de exame realizado para identificação da espécie foi realizado pelo método padrão ou outros métodos.

Data da coleta:** registrar a data da coleta do exame realizado para a identificação da espécie.

Data do resultado: registrar a data do resultado do exame realizado para a identificação da espécie.

Peso (Kg)*: aferir o peso do indivíduo e registrar o valor neste campo utilizando até três casas decimais.

Altura (cm): medir a altura do indivíduo e registrar o valor em centímetros, como por exemplo: 1 metro e setenta, registrar 170 cm.

Forma clínica*: preencher a forma clínica (pulmonar ou extrapulmonar). Se extrapulmonar ou ambas identificar o(s) tipo(s) extrapulmar(res) de acordo com os seguintes campos: 1=Pleural, 2=Ganglionar, 3=Geniturinária, 4=Óssea, 5=Ocular, 6=Miliar, 7=Meningoencefálica, 8=Cutânea, 9=Laríngea e 10=Outra (escrever o nome da outra forma clínica em letra de forma legível, sem o uso de abreviações).

Data do diagnóstico*: data em que foi realizado o diagnóstico atual de MNT.

Populações Especiais

Populações especiais*: registrar se o indivíduo a ser notificado pertence à população especial dentro das seguintes categorias: profissional de saúde, imigrante, pessoa privada de liberdade, e pessoa em situação de rua, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Caso o indivíduo seja imigrante, informar o nome do país de cidadania em letra de forma legível, sem o uso de abreviações.

Doenças e Agravos Associados

Doenças e agravos associados*: informar presença de doença/agravo ou condição associada (aids, abuso de álcool, diabetes, hepatites virais B/C, insuficiência renal/hemodiálise, neoplasia, silicose, tabagismo, transplantado de medula óssea, transplantado de órgão sólido, uso de corticoterapia prolongada, uso de drogas ilícitas, usuários de imunobiológicos, doença estrutural do pulmão e fibrose cística marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Se houver outra (o) doença/agravo associado, preencher o nome.

Tratamentos anteriores para Tuberculose/MNT

Histórico de tratamento anterior de TB*: preencher se há histórico de tratamento de tuberculose. Se a resposta for sim registrar todos os tratamentos realizados e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento (R:Rifampicina, H:Isoniazida, Z: Pirazinamida, E: Etambutol, Rfb: Rifabutina, S: Estreptomina, Am: Amicacina, Cm: Capreomicina, Ofx: Ofloxacino, Lfx: Levofloxacino, Mfx:Moxifloxacino, Trd: Terizidona, ET: Etionamida, Lzd: Linezolida, Cfz: clofazimina, PAS: Ácido Paraminossalicílico, Bdq: Bedaquilina, Clr: Claritromicina ou Outro). Registrar o mês e ano do início do tratamento, e o **resultado final do tratamento**, podendo ser selecionado para este último campo os itens: 1 = Cura, 2=Tratamento completo, 3=Abandono, 4=Mudança de diagnóstico, 5=Falência, 6=Mudança de esquema , 7=TB DR, 8=mudança do padrão de resistência e 9=abandono primário.

Histórico de tratamento anterior de MNT*: preencher se há histórico de tratamento de MNT. Se a resposta for sim registrar todos os tratamentos realizados e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento (Am: Amicacina, S: Estreptomina, Cla: Claritromicina, Cfz: Clofazimina, E: Etambutol, Imp: Imipenem, H: Isoniazida, Lzd: Linezolida, Mfx: Moxifloxacino, Rfb: Rifabutina, R: Rifampicina, RH: Rifampicina e Isoniazida, Azt: Azitromicina, Cpx: Ciprofloxacino, SMT/TMP: Sulfametoxazol/trimetopim, Ert: Ertapenem, Imp: Imipenem, Tgc: Tigeciclina, Tbm: Tobramicina ou Outro).

Registrar o mês e ano do início do tratamento, e o **resultado final do tratamento**, podendo ser selecionado para este último campo os itens: 1 = Cura, 2=Tratamento completo, 3=Abandono, 4=Mudança de diagnóstico, 5=Falência, 6=Mudança de esquema e 7= abandono primário.

Exames complementares

Exame de Baciloscopia*: preencher o status do exame de baciloscopia, selecionando as opções (Não realizado, Negativo, Positivo 1 a 9 bacilos, Positivo com (+), (++) ou (+++). Se a baciloscopia tiver sido realizada, especificar o tipo de **Material****(Escarro ou outro material), a **Data de coleta**** e a **Data do Resultado****.

Exame de Cultura*: preencher o status do exame de cultura, a ficha de notificação permite o registro da realização de até dois exames de cultura, para tanto, selecionar as opções (Não realizado, Negativo, Positivo ou Contaminado). Se a o exame de cultura tiver sido realizado, especificar o tipo de **Material****(Escarro ou outro material), **Data de coleta****, **Data do Resultado** e o **Laboratório ****(Público ou Privado).

Teste rápido molecular*: registrar se houve a realização do teste rápido molecular (TRM) e o **resultado***, selecionando as opções: 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 ou Inválido. Se o TRM tiver sido realizado, preencher a **Data de coleta**** e a **Data do resultado**.

Teste de Sensibilidade*: preencher se houve a realização ou não do teste de sensibilidade. Se realizado, informar o resultado do exame do teste de sensibilidade para cada um dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomicina, Amicacina, Capreomicina, Kanamicina, Levofloxacino e Moxifloxacino. O resultado do exame é classificado em NR = não realizado, S = sensível, R = resistente ou I= intermediário. Se realizado, preencher **Data de coleta**** e **Data do resultado** .

Radiografia de Tórax*: preencher status da radiografia de tórax (Não realizado, Unilateral cavitária, Unilateral não cavitária, Bilateral cavitária, Bilateral não cavitária, Normal). Se a radiografia tiver sido realizada, preencher a **Data da radiografia de tórax***.

Tomografia Computadorizada*: preencher status da tomografia de tórax (Não realizado, Fibrocavitária, Broncocalavitária, Outras alterações, Normal). Se realizado, preencher a **Data da realização do exame****

HIV*: preencher status do exame de HIV (Positivo, Negativo, Não realizado).

TARV*: preencher se realização de terapia antirretroviral.

Tratamento atual

UF de tratamento*: anotar o nome do Estado o qual pertence a unidade de tratamento do indivíduo notificado no SITE-TB.

Município de Tratamento:** anotar o nome do município no qual o indivíduo notificado no SITE-TB realiza tratamento.

Unidade de Saúde de tratamento*: anotar o nome da unidade de saúde de tratamento do indivíduo notificado no SITE-TB.

Data de Início do Tratamento*: registrar a data de início do tratamento atual de MNT.

Regime de tratamento*: Selecionar se o esquema é padronizado ou individualizado. Para o esquema padronizado abrirá uma janela com opções de tratamentos pré determinadas. Se o esquema for individualizado, será apresentada outra janela em que serão solicitadas mais informações sobre o tratamento, a ser preenchidas pelo profissional de saúde, sendo necessário o registro da **Medicação**** (nome do medicamento) e, depois disso, identificar os **Meses da prescrição**** (duração do tratamento), a **Dose unitária**** (a dosagem do medicamento a ser administrada Ex: utilizar cápsulas de 300 mg do medicamento X) e a **Frequência**** (Ex. 3 comprimidos, 1 vez ao dia, 5 vezes na semana).

Consulta atual

Registrar a **Data da consulta atual***, a **Data da próxima consulta**, o **Nome do profissional*** que prestou as informações acima, a sua **Função***, bem como informações adicionais por meio do campo das **observações**.

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