



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE

É fundamental que haja a exclusão da tuberculose ativa previamente.

DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
1) Tipo de entrada*: ( ) Caso novo ( ) Reentrada após mudança de esquema ( ) Reingresso após interrupção do tratamento ( ) Reexposição ( ) Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento		2) Data da notificação*: ____/____/____	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
3) Nome de registro*:		4) Nome social:	
5) Data de nascimento*: ____/____/____		6) CPF: ____-____-____	7) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino
8) Gestante***: ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Ignorado		9) Raça/cor*: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Preta ( ) Parda	
10) Cartão Nacional de Saúde:	11) Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Outra. País: _____	12) Nome da mãe*:	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
13) UF*:	14) Município de residência*:		15) Regional de Saúde:
16) Logradouro*:		17) Nº*:	18) Bairro*:
19) Complemento (apto., casa,...):		20) CEP: _____-____	21) (DDD) Telefone:
INVESTIGAÇÃO			
22) Descartado TB ativa*: ( ) Sim ( ) Não	23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:		
24) BCG*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	25) Radiografia do Tórax*: ( ) Normal ( ) Alteração sugestiva de TB ativa ( ) Alteração não sugestiva de TB ativa ( ) Não realizada		
26) HIV*: ( ) Positivo ( ) Em andamento ( ) Negativo ( ) Não realizado	27) TARV***: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe	28) IGRA*: ( ) Positivo ( ) Indeterminado ( ) Negativo ( ) Não realizado	29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____
30) Prova Tuberculínica (PT)*: ( ) Sim ( ) Não	31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____	32) Resultado da última PT***: ____ mm	
33) Contato de TB*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Ignorado	34) Nome do caso fonte:		35) Número do Sinan: _____
TRATAMENTO			
36) UF*:	37) Município de tratamento*:		38) Regional de Saúde:
39) Unidade de saúde de tratamento*:			40) Código CNES: _____
41) Principal indicação para tratamento da ILTB*: <u>Sem prova tuberculínica (PT) e sem teste de liberação de interferon-gama (IGRA) realizados</u> (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de tuberculose (TB) pulmonar ou laringea confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cél/mm <sup>3</sup> (4) Pessoas vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (5) Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (6) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (7) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (8) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial		<p><u>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</u> (9) Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (10) Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior que 350 cél/mm<sup>3</sup> (11) Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB (12) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondente a &gt; 15mg de prednisona por mais de um mês) (13) Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos</p> <p><u>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</u> (14) Silicose (15) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (16) Neoplasias em terapia imunossupressora (17) Insuficiência renal em diálise (18) Diabetes mellitus (19) Pessoas com baixo peso (&lt; 85% do peso ideal) (20) Pessoas tabagistas (&gt;1 maço/dia) (21) Pessoas com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax</p> <p><u>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</u> (22) Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial (23) Profissionais de saúde (24) Trabalhadores de instituições de longapermanência (25) Outra: _____</p>	
42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____	43) Medicamento*: ( ) Isoniazida - 9H ( ) Rifapentina + Isoniazida - 3HP ( ) Isoniazida - 6H ( ) Rifampicina - 4R ( ) Rifampicina + Isoniazida - 3RH (dispersíveis pediátricos)	44) Data de início do tratamento*: ____/____/____	
		45) TPT prescrito por*: ( ) Não sabe ( ) Enfermeiro ( ) Farmacêutico ( ) Médico ( ) Outro	

PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.

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



ENCERRAMENTO

<b>46) Nº de doses tomadas:</b> _____			<b>47) Data do término do tratamento*:</b> ____/____/____		
<b>48) Situação de encerramento*:</b> ( ) Tratamento completo ( ) Suspenso por reação adversa ( ) Tuberculose ativa ( ) Óbito ( ) Interrupção do tratamento ( ) Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária ( ) Transferido para outro país ( ) Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento					
<b>49) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito**:</b> ( ) Causa externa ( ) Tuberculose (CID A15 a A19) ( ) Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) ( ) Hepatite aguda medicamentosa (CID K 71) ( ) Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8) ( ) Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) ( ) Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) ( ) Outra: _____					
<b>Observações:</b>   					
<b>Nome do investigador*:</b>		<b>Função do Investigador:</b>		<b>Assinatura do Investigador:</b>	

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