



Ficha de Notificação das Pessoas em Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)

Instruções para o preenchimento

***CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da ILTB (IL-TB).

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário para acompanhamento do tratamento do caso e para cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Dados de Notificação

1. **Tipo de entrada***: informar a situação do indivíduo na data de início do tratamento segundo as opções: Caso novo (nunca se submeteu ao tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTB) no passado e irá iniciar o tratamento), Reingresso após interrupção do tratamento¹ (iniciou um novo tratamento de ILTB, após a interrupção de um tratamento anterior), Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento (pessoa que estava em tratamento para ILTB, teve a recomendação de tratamento suspensa após desenvolvimento de quadro clínico desfavorável à continuidade do tratamento, a exemplo do diagnóstico de gravidez no decorrer do tratamento, e irá iniciar um novo tratamento para ILTB), Reentrada após mudança de esquema (apresentou reação adversa maior a uma das drogas resultando na mudança do tratamento), ou Reexposição (teve novo contato com caso de tuberculose (TB) pulmonar ou laríngea ativa com confirmação laboratorial, após tratamento anterior de ILTB, ou que, por decisão médica, irá refazer o tratamento para ILTB após tratamento anterior completo).
2. **Data da notificação***: registrar o dia, mês e ano de preenchimento da ficha de notificação.

Notificação Individual

3. **Nome de registro***: anotar o nome civil da pessoa em tratamento da ILTB, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Conferir com um documento de identidade, se possível.
4. **Nome social**: informar o nome pelo qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.
5. **Data de nascimento***: registrar o dia, mês e ano de nascimento da pessoa em tratamento. Se a data do nascimento for desconhecida, anotar a data do nascimento aproximada.
6. **CPF**: anotar o número correspondente ao Cadastro de Pessoa Física (CPF).
7. **Sexo***: informar o sexo do indivíduo (Masculino, Feminino).
8. **Gestante****: se o indivíduo for do sexo feminino, informar se é gestante (Sim, Não, Não sabe, Ignorado).
9. **Raça/cor***: perguntar, para a pessoa em tratamento, 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).
10. **Cartão Nacional de Saúde**: registrar o número do cartão único do indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS). O número do cartão é composto por 15 algarismos.
11. **Nacionalidade**: selecionar a nacionalidade da pessoa que irá realizar o tratamento da ILTB. Brasileiros natos e naturalizados devem ser incluídos na opção “Brasileira”. Caso o indivíduo seja estrangeiro, anotar a opção “Outra” e escrever o nome do país de cidadania em letra de forma legível, sem o uso de abreviações.
12. **Nome da mãe***: preencher com o nome completo da mãe da pessoa em tratamento, 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.



Dados de Residência

13. **UF** *: anotar a sigla da Unidade da Federação em que a pessoa em tratamento da ILTB reside.
14. **Município de residência** *: preencher com o nome completo do município em que o indivíduo reside, sem abreviações.
15. **Regional de Saúde**: registrar o nome completo da regional de saúde em que o indivíduo reside, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.
16. **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 a pessoa em tratamento da ILTB. Conferir a informação com um comprovante de residência, se disponível. Caso não possua residência, preencher o campo com “sem residência”.
17. **Nº** *: preencher com o número da residência do indivíduo. Se a residência não possuir número, preencher com “SN”. Se o indivíduo não possuir residência, preencher com “sem residência”.
18. **Bairro** *: preencher com o nome completo do bairro de residência da pessoa em tratamento da ILTB, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Se não possuir residência, preencher com “sem residência”.
19. **Complemento (apto., casa,...)**: caso seja necessária informação complementar para localização da residência da pessoa em tratamento da ILTB, anotar em letra de forma legível, sem o uso de acentos e caracteres especiais. Ex. BLOCO B, APTO 402, LOTE 25, CASA 14.
20. **CEP**: Anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do indivíduo.
21. **(DDD) Telefone**: Anotar o DDD e o telefone da pessoa em tratamento da ILTB, 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.

Investigação

22. **Descartado TB ativa** *: indicar se a TB ativa foi descartada antes do início do tratamento da ILTB.
23. **Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**** *: caso a TB ativa não tenha sido descartada, justificar a decisão de realizar o tratamento da ILTB, considerando-se a recomendação de APENAS inicia-lo após a exclusão da TB ativa. Fazer uma justificativa clara e objetiva, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.
24. **BCG** *: anotar se a pessoa em tratamento da ILTB recebeu a vacina BCG, escolhendo entre as opções: Sim; Não; Ignorado.
25. **Radiografia do Tórax** *: preencher o resultado da radiografia de tórax realizada na ocasião da investigação, de acordo com as opções: Normal, Alteração não sugestiva de TB ativa, Alteração sugestiva de TB ativa, Não realizada.
26. **HIV** *: registrar o resultado do teste rápido ou sorologia para HIV de acordo com as opções: Positivo, Negativo, Em andamento, Não realizado. Esse campo pode ser editado a qualquer momento do tratamento.
27. **TARV**: se a pessoa vivendo com HIV está em Terapia Antirretroviral (TARV), durante tratamento de ILTB, de acordo com as opções: Sim, Não, Não sabe.
28. **IGRA** *: registrar o resultado do IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*) de acordo com as opções: Positivo, Negativo, Indeterminado, Não realizado.
29. **Data da coleta do IGRA**: caso o IGRA tenha sido realizado, registrar o dia, mês e ano da coleta do último teste realizado.
30. **Prova Tuberculínica (PT)** *: informar se foi realizada pelo menos uma prova tuberculínica para investigação de ILTB.
31. **Data da aplicação da última PT**: caso a prova tuberculínica tenha sido feita, registrar o dia, mês e ano da aplicação da última prova tuberculínica realizada.
32. **Resultado da última PT**** *: caso a prova tuberculínica tenha sido realizada, registrar o resultado, em milímetros, da última prova tuberculínica.



33. **Contato de TB***: informar se a pessoa em tratamento para ILTB é contato de um caso com TB ativa pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial, de acordo com as opções: Sim, Não, Não sabe e Ignorado.
34. **Nome do caso fonte**: se o indivíduo for contato de TB, informar o nome do caso fonte, considerando que o caso fonte corresponde ao caso infectante, não necessariamente ao primeiro caso identificado. Escreva o nome em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.
35. **Número do Sinan**: se a pessoa for contato de TB, anotar o número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-TB (Sinan-TB) referente à notificação do caso fonte.

Tratamento

36. **UF***: anotar a sigla da Unidade da Federação em que se localiza a unidade de saúde responsável pelo tratamento do indivíduo.
37. **Município de tratamento***: registrar o nome completo do município em que se localiza a unidade de saúde responsável pelo tratamento do indivíduo, sem abreviações.
38. **Regional de Saúde**: escrever o nome completo da Regional de Saúde em que se localiza a instituição responsável pelo tratamento do indivíduo.
39. **Unidade de saúde de tratamento***: registrar o nome completo da unidade de saúde responsável pelo tratamento do caso, sem abreviações. Recomenda-se que a primeira unidade de tratamento do indivíduo seja também responsável pela notificação do mesmo.
40. **Código CNES**: preencher com o código da unidade de saúde de tratamento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
41. **Principal indicação para tratamento da ILTB***: selecionar a principal indicação para o tratamento da ILTB, considerando-se as opções disponíveis no quadro abaixo:

<u>Sem PT e sem IGRA realizados</u>	<u>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</u>
(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de TB pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial	(14) Silicose
(2) Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial	(15) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
(3) Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/μl	(16) Neoplasias em terapia imunossupressora
(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	(17) Insuficiência renal em diálise
(5) Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	(18) Diabetes mellitus
(6) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, 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.	(19) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal)
(7) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, 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.	(20) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia)
(8) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laríngea com confirmação	(21) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia
	<u>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</u>
	(22) Indivíduos contatos de TB pulmonar ou laríngea confirmada por critério laboratorial
	(23) Profissionais de saúde
	(24) Trabalhadores de instituições de longa permanência



<p>laboratorial.</p> <p><u>PT > 5mm ou IGRA positivo</u></p> <p>(9) Contatos de TB pulmonar ou laríngea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG</p> <p>(10) Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior que 350 cel/μl</p> <p>(11) Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB</p> <p>(12) 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)</p> <p>(13) Pessoas candidatas à transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos</p>	<p>(25) Outra:</p>
---	--------------------

Caso a indicação principal não se enquadre em nenhum dos itens disponíveis, escolha a opção “(25) Outra” e descreva o principal motivo para a indicação do tratamento da ILTB de modo claro e objetivo, em letra de forma legível, sem o uso abreviações ou acentos.

Caso existam múltiplas causas para o tratamento da ILTB, a principal indicação de tratamento será definida à critério médico. A principal indicação corresponde à motivação mais importante para o tratamento da ILTB e, não necessariamente, à primeira causa identificada.

42. **Se houver, registre a indicação secundária para tratamento da ILTB:** registrar a indicação secundária para tratamento da ILTB, de acordo com os códigos do campo 41 (Principal indicação para tratamento da ILTB). Caso haja mais de duas causas para o tratamento, a indicação secundária será definida à critério médico. A indicação secundária corresponde à segunda motivação mais importante para o tratamento da ILTB e, não necessariamente, à segunda causa identificada.

43. **Medicamento*:** informar o medicamento indicado para o tratamento de ILTB, de acordo com as opções: Isoniazida (9H/6H), Rifampicina (4R), Rifapentina + isoniazida (3HP), Rifampicina + Isoniazida (3RH) (dispersíveis pediátricos).

44. **Data de início do tratamento*:** registrar o dia, mês e ano de início do tratamento da ILTB.

45. **TPT prescrito por*:** Registrar a categoria profissional do(a) prescritor(a) do tratamento preventivo da tuberculose

APÓS PREENCHIMENTO DAS SEÇÕES ANTERIORES, A FICHA PRECISA SER ASSINADA PELO INVESTIGADORE O CASO DEVE SER INCLUÍDO NO SISTEMA IL-TB.

APÓS FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO OU INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO DO MESMO, AS PRÓXIMAS SEÇÕES DEVEM SER PREENCHIDAS E O CASO DEVE SER ENCERRADO NO SISTEMA.

Encerramento

46. **Número de doses tomadas:** preencher com o número de doses do medicamento tomadas pelo indivíduo.

47. **Data do término do tratamento*:** registrar o dia, mês e ano de finalização do tratamento da ILTB.

48. **Situação de Encerramento*:** informar a situação do indivíduo na data do término do tratamento segundo as opções: Tratamento completo (pessoa que completar todo o tratamento conforme o recomendado [doses por tempo]), Interrupção do tratamento¹ (pessoa que interromper o tratamento por mais de 90 dias,



consecutivos ou não, quando tratado com isoniazida, ou por mais de 60 dias, consecutivos ou não, quando tratado com rifampicina), Suspenso por reação adversa (pessoa que apresentou reações adversas maiores, com necessidade de suspensão ou troca do tratamento), Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária (se aplica para recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado laboratorialmente, que tenham iniciado a quimioprofilaxia primária, e tiveram o tratamento suspenso ao final do terceiro mês por PT < 5mm), Transferido para outro país (indivíduos que necessitam ser transferidos para outro país na vigência do tratamento da ILTB), Tuberculose ativa (casos que estavam em tratamento da ILTB e desenvolveram a forma ativa da TB antes do tratamento completo), Óbito (indivíduos que evoluíram para o óbito durante o tratamento, independentemente da causa do óbito).

49. **Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito****: informar a causa básica do óbito, correspondente ao que consta na Declaração de óbito, de acordo com as opções: Causa externa, Tuberculose (CID A15 a A19), Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8), Hepatite aguda medicamentosa (CID K71), 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), ou Outra.

Caso a causa básica do óbito não se enquadre em nenhum dos itens disponíveis, escolha a opção “Outra” e descreva o principal motivo do óbito, em letra de forma legível, sem o uso abreviações ou acentos.

Observações: anotar informações complementares sobre a investigação, notificação ou tratamento, caso considere necessário. Esse campo é utilizado para organização interna da unidade de saúde, uma vez que não é exportado do sistema IL-TB.

Nome do Investigador*: registrar o nome completo da pessoa responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

Função do Investigador: informar a função do responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Ex.: enfermeiro.

Assinatura do Investigador: registrar a assinatura do responsável pela investigação do caso.

Legenda:

¹ Para atender às diretrizes da linguagem centrada na pessoa e do uso de palavras não estigmatizantes, o termo “abandono” foi substituído pela expressão “interrupção do tratamento”. A nova expressão será usada na redação dos indicadores e dados relacionados a esse desfecho desfavorável.