



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

CASO DE MNT

Dicionário de Dados da Ficha de Notificação 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. Data de nascimento	Data		Dia, mês e ano de nascimento da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Data de nascimento
4. Sexo	Categórico	1. Masculino 2. Feminino	Sexo do individuo	Campo obrigatório	Sexo
5. Gestante	Categórico	1. 1º trim 2. 2º trim 3. 3º trim 4. Idade gestacional ignorada 5. Não 6. Ignorado/Não sabe 7. Não se aplica	Se o indivíduo for do sexo feminino e maior de 7 anos, informar se é gestante e a idade gestacional	Campo obrigatório	Gestante
6. Raça/cor	Categórico	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	Cor ou raça declarada pela pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Raça/cor



		6. Ignorada			
7. Escolaridade (anos de estudo)	Categórico	1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 5. De 8 a 11 6. 12 ou + 7. Ignorada	Anos de estudo do indivíduo	Campo obrigatório	Escolaridade (em anos)
8. CPF	Numérico		Número do CPF	Campo obrigatório	CPF
9. Cartão Nacional de Saúde	Numérico		Número do cartão nacional do SUS	Campo obrigatório	Cartão Nacional de Saúde
10. Nome da mãe	Texto		Nome completo da mãe da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Nome da mãe
11 e 12. (DDD) Telefone	Numérico		Telefone ou contato da pessoa em tratamento	Campo essencial	Telefone 1 e Telefone 2
13. UF de residência	Texto		Nome da Unidade da Federação em que a pessoa em tratamento reside	Campo obrigatório Preencher nome do estado de residência.	UF (residência – momento da notificação)
14. Município de residência	Categórica		Nome completo do município em que o indivíduo reside	Campo obrigatório	Cidade (residência - momento da notificação)
15. Logradouro	Texto		Tipo de logradouro, seguido do nome completo do logradouro onde reside a pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Logradouro (residência - momento da notificação)
16. Número	Numérico		Número da residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	Número (residência - momento da notificação)
17. Bairro	Texto		Nome completo do bairro de residência da pessoa em tratamento	Campo essencial	Bairro (residência momento da notificação)



18. Complemento (apto., casa...)	Texto		Complemento para localização da residência da pessoa em tratamento	Campo essencial	Complemento (residência - momento da notificação)
19. Regional/Distrito de Saúde do município	Texto		Nome da Regional de saúde de residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	*
20. CEP	Numérico		Código de endereçamento postal do logradouro de residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	*
21. Unidade de saúde de origem - Estado	Texto		Estado da unidade de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	Estado US origem
22. Unidade de saúde de origem - Município	Texto		Município da unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	Cidade US origem
23. Unidade de saúde de origem	Texto		Unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	US origem
24. Tipo de entrada	Categórica	1. Caso novo de MNT 2. Mudança de esquema de MNT 3. Após abandono de tratamento de MNT 3. Recidiva de MNT 4. Falência ao tratamento de MNT	Tipo de entrada do paciente no sistema. Se campo 23, mudança de esquema = sim, habilita campo <i>motivo da mudança de esquema</i>	Campo obrigatório	Tipo de entrada
<i>Mudança de esquema (motivo)</i>	Categórica	1. Hepatopatia prévia 2. Hepatotoxicidade 3. Intolerância grave 4. Alergia medicamentosa	Motivo da mudança de esquema do tratamento atual	Campo obrigatório Condicionado ao campo 23	*



		5. Alterações visuais 6. Alterações renais 7. Outras doenças			
25. Identificação da espécie	Categórica	Categorias: Complexo M. abscessos, Complexo M. avium, Complexo M. fortuitum, Complexo M. terrae, Subcategorias: M. abscessus abscessos, M. abscessus bolletti, M. abscessus massiliense, M. chelonae, M. immunogenum, M. avium, M. intracellulare, M. chimaera, M. scrofulaceum, M. simiae, M. fortuitum, M. mucogenicum, M. malmoense,) M. smegmatis,) M. szulgai, M. gordonae, M. haemophilum, M. genavense, M. xenopi, M. kansasii, M. marinum, M. ulcerans, M. nonchromogenicum, M. asiaticum, Sem identificação, Outra. A realização do exame para identificação da espécie habilita os campos: <i>tipo de exame, data da coleta e do resultado.</i>	Especificação da espécie de micobactéria não tuberculosa	Campo obrigatório	Identificação de espécie
<i>Tipo de exame</i>	Categórica	1. Padrão 2. Outros	Tipo de exame realizado para identificação da espécie	Campo obrigatório Condicionado ao campo 24	Espécie – tipo de exame
<i>Data da coleta</i>	Data		Data da coleta do exame para a identificação da espécie de MNT	Campo obrigatório Condicionado ao campo 24	Espécie – data da coleta
<i>Data do Resultado</i>	Data		Data da coleta do exame para a identificação da espécie de MNT	Campo essencial Condicionado ao campo 24	Espécie – data do resultado
26. Peso (Kg)	Número		Peso do paciente em tratamento	Campo obrigatório	Peso inicial



27. Altura (cm)	Número		Altura do paciente em tratamento	Campo essencial	Altura inicial
28. Forma clínica	Categórica	1. Pulmonar 2. Extrapulmonar 3. Ambas (pulmonar +extrapulmonar)	Indica a forma clínica do indivíduo em tratamento, se “extrapulmonar” ou “ambas”, habilita campo <i>tipos extrapulmonares</i>	Campo obrigatório	Forma clínica
<i>Tipos extrapulmonares</i>	Categórica	1. Pleural 2. Ganglionar 3. Geniturinária 4. Óssea 5. Ocular 6. Miliar 7. Meningoencefálica 8. Cutânea 9. Laríngea 10. Outra	Indica o tipo da forma extrapulmonar da doença, se outra forma, habilita campo texto.	Campo obrigatório Condicionado ao campo 27	Tipo extrapulmonar e Tipo extrapulmonar2
29. Data do diagnóstico	Data		Data em que o indivíduo foi confirmado laboratorialmente com MNT	Campo obrigatório	Data de diagnóstico
30 ao 33. Populações especiais	Categórica	Categorias: Profissional de saúde, Imigrante, Pessoa privada de liberdade, Pessoa em situação de rua	População especial a ser notificada, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”	Campo obrigatório	Pop – profissional de saúde/ Pop – imigrante/ Pop – PPL/ Pop - rua
34 ao 49. Doenças e agravos associados	Categórica	Categorias: Aids, Diabetes, Insuficiência renal/hemodiálise, silicose, transplantado(a) de medula óssea, uso de	Descreve a presença de doença/agravo associado ao indivíduo	Campo obrigatório	Doença ou agravo – Nome*



		corticoterapia prolongada, usuários de imunobiológicos, fibrose cística, abuso de álcool, hepatites virais (B/C), Neoplasia, Tabagismo, Transplantado de órgão sólido, Uso de drogas ilícitas, Doença estrutural do pulmão, Outra (o)	em tratamento para MNT Se campo = outra (o), habilita campo texto.		
50. Histórico de tratamento anterior de TB	Categórica	1. Sim 2. Não	Descreve o histórico de tratamento anterior para TB.	Campo obrigatório	Histórico tto anterior TB
51. Histórico de tratamento anterior de MNT	Categórica	1. Sim 2. Não	Descreve o histórico de tratamento anterior para MNT.	Campo obrigatório	Histórico tto anterior MNT
52. Exame de Baciloscopia	Categórico	1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo 1 a 9 bacilos 4. Positivo + 5. Positivo ++ 6. Positivo +++	Indica o status da baciloscopia. Se campo 51 (status baciloscopia = número 3,4,5 ou 6, habilita campos <i>material, data da coleta e do resultado</i>	Campo obrigatório	Baciloscopia - Resultado
<i>Material</i>	Categórico	1. Escarro 2. Outro material	Tipo de material coletado para a baciloscopia Este campo só é habilitado se registro da forma 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.	Campo obrigatório	*



<i>Data da coleta</i>	Data		Data da coleta da baciloscopia	Campo obrigatório Condicionado ao campo 51	Baciloscopia - Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da baciloscopia	Campo essencial Condicionado ao campo 51	*
53 e 54 Cultura	Categórico	1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo 4. Contaminado	Indica o status da cultura, podendo ser registrados até dois exames. Se campo 52 e 53 (resultado cultura realizada= número 2, 3 ou 4, habilita campos <i>material, data da coleta e do resultado e laboratório</i>	Campo obrigatório	Cultura - Resultado
<i>Material</i>	Categórico	1. Escarro 2. Outro material	Tipo de material coletado para a cultura. Este campo só é habilitado se registro da forma 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.	Campo obrigatório	*
<i>Data da coleta</i>	Data		Data da coleta do material para a cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 52 e 53	Cultura - Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da cultura	Campo essencial	*



				Condicionado ao campo 52 e 53	
<i>Laboratório</i>	Categórico	1. Público 2. Privado	Laboratório que realizou o exame de cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 52 e 53	*
55. Teste Rápido Molecular (Resultado)	Categórico	1. Não realizado 2. MTB não detectado 3. MTB detectado indeterminado à rifampicina 4. MTB detectado sensível à rifampicina 5. MTB detectado resistente à rifampicina 6. MTB detectado traços indeterminado à rifampicina 7. Inválido	Registra se houve a realização do teste rápido molecular e o resultado. Se campo 54 = número entre 2 ao 7, habilita campos <i>data da coleta e do resultado</i>	Campo obrigatório	TR - Resultado
<i>Data de coleta</i>	Data		Registra as datas de coleta dos testes rápido molecular	Campo obrigatório Condicionado ao campo 54	TR – Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Registra as datas dos resultados dos testes rápido molecular	Campo essencial Condicionado ao campo 54	*
56. Teste de sensibilidade	Categórico	1. Realizado 2. Não realizado	Indica o status do teste de sensibilidade, se exame realizado mostra se bacilo é resistente ou sensível a depender do medicamento testado e habilita campos do <i>resultado para cada medicamento testado, data da coleta, do resultado e o método</i>	Campo obrigatório	
<i>Medicamento</i>			Resultado para o teste de sensibilidade. Preencher para cada		TS Diagnóstico – Medicamento (nome)



			medicamento testado (NR=não realizado, S=sensível, R=resistente, I=intermediário		
<i>Data de coleta</i>	Data		Registra a data da coleta do teste de sensibilidade	Campo obrigatório Condicionado ao campo 55	TS Diagnóstico - Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Registra a data do resultado do teste de sensibilidade	Campo essencial Condicionado ao campo 55	*
57. Radiografia de Tórax	Categórico	1. Não realizado 2. Unilateral cavitária 3. Unilateral não cavitária 4. Bilateral cavitária 5. Bilateral não cavitária 6. Normal	Indica o status da Radiografia de Tórax. Se exame realizado habilita campo 57 = data da radiografia de tórax	Campo obrigatório	Raio X - Apresentação
58. Data da radiografia de tórax	Data		Registra a data do exame de radiografia de Tórax	Campo obrigatório Condicionado ao campo 56	Raio X- Data
59. Tomografia Computadorizada	Categórico	1. Não realizado 2. Fibrocavitária 3. Bronquiectásica nodular 4. Outras alterações 5. Normal	Indica o status da Tomografia Computadorizada. Se exame realizado habilita campo 59 = data da tomografia computadorizada.	Campo obrigatório	Tomografia Computadorizada - Resultado
60. Data da tomografia computadorizada	Data		Registra a data do exame de tomografia computadorizada	Campo obrigatório Condicionado ao campo 58	Tomografia Computadorizada- Data
61. HIV	Categórico	1. Não realizado 2. Negativo 3. Positivo	Indica o status do exame de HIV	Campo obrigatório	HIV - Resultado



62. TARV	Categórico	1. Sim 2. Não	Indica se houve realização de terapia com antirretroviral	Campo obrigatório	TARV
63. Unidade de saúde de tratamento - Estado	Texto		Estado da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo	Campo obrigatório	UF (Unidade tto)
64. Unidade de saúde de tratamento - Município	Texto		Município da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo	Campo obrigatório	Cidade (Unidade tto)
65. Unidade de saúde de Tratamento	Texto		Nome completo da unidade de saúde responsável pelo tratamento atual do indivíduo, sem abreviações	Campo obrigatório	Unidade tto
66. Data de Início do Tratamento	Data		Registrar a data do início do tratamento atual	Campo obrigatório	Início do tratamento
67. Regime de tratamento			Indica se o esquema terapêutico é padronizado ou individualizado. Se regime individualizado habilitará os campos 66.1 ao 66.4.	Campo obrigatório	Regime de tratamento
67.1. Regime de tratamento - <i>Medicação</i>	Texto		Nome do medicamento utilizado no regime de tratamento	Campo obrigatório condicionado ao campo 66	tto – nome do medicamento
67.2. Regime de tratamento - <i>Meses de prescrição</i>	Texto		Duração do tratamento em meses	Campo obrigatório condicionado ao campo 66	*
67.3. Regime de tratamento - <i>Dose unitária</i>	Texto		Dosagem do medicamento a ser administrado	Campo obrigatório condicionado ao campo 66	*



67.4. Regime de tratamento - <i>Frequência</i>	Texto		Periodicidade da administração do medicamento	Campo obrigatório condicionado ao campo 66	*
68. Data da consulta atual	Data		Data da consulta atual	Campo obrigatório	Consulta - Data
69. Data da próxima consulta	Data		Data da próxima consulta	Campo essencial	Consulta – Próxima consulta
70. Nome do profissional	Texto		Contém o nome completo da pessoa responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.	Campo obrigatório	*
71. Função	Texto		Informa a função do responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.	Campo obrigatório	*
72. Observações	Texto		Anotar informações complementares sobre a investigação, notificação ou tratamento, caso considere necessário. Informações para uso	Campo de uso interno pela unidade de saúde	-

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

Outras variáveis constarão 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.

*O nome da variável será formado por “doença ou agravo -” acompanhado do nome da doença ou agravo.