



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

CASO DE TB

Dicionário de Dados da Ficha de Notificação de TB

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 | Masculino Feminino | Sexo do individuo | Campo obrigatório | Sexo |
| 5. Gestante | Categórico | 1º trim 2º trim 3º trim Idade gestacional ignorada Não Ignorado/Não sabe Não se aplica | Se o indivíduo for do sexo feminino e maior de 7 anos, informa se é gestante e a idade gestacional | Campo obrigatório | Gestante |
| 6. Raça/cor | Categórico | Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorada | Cor ou raça declarada pela pessoa em tratamento | Campo obrigatório | Raça/cor |



| | | | | | |
|----------------------------------|------------|---|---|--------------------------|--|
| 7. Escolaridade (anos de estudo) | Categórico | Nenhuma De 1 a 3 De 4 a 7 De 8 a 11 12 ou + 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 do SUS |
| 10. Número do Sinan | Numérico | | Número do Sinan referente a notificação inicial do caso para Tuberculose | Campo essencial | SINAN |
| 11. Nome da mãe | Texto | | Nome completo da mãe da pessoa em tratamento | Campo obrigatório | Nome da mãe |
| 12 e 13. (DDD) Telefone | Numérico | | Telefone ou contato da pessoa em tratamento | Campo essencial | Telefone 1 e Telefone 2 |
| 14. UF de residência | Texto | | Nome da Unidade da Federação em que a pessoa em tratamento reside | Campo obrigatório | UF (residência – momento da notificação) |
| 15. Município de residência | Categórica | | Nome completo do município em que a pessoa em tratamento reside | Campo obrigatório | Cidade (residência - momento da notificação) |
| 16. Logradouro | Texto | | Tipo de logradouro, seguido do nome completo do logradouro onde vive a pessoa em tratamento | Campo obrigatório | Logradouro (residência - momento da notificação) |
| 17. Número | Numérico | | Número da residência do indivíduo em tratamento | Campo essencial | Número (residência - momento da notificação) |
| 18. Bairro | Texto | | Nome completo do bairro de residência da pessoa em tratamento | Campo essencial | Bairro (residência momento da notificação) |



| | | | | | |
|---|------------|---|---|--|---|
| 19. Complemento (apto., casa...) | Texto | | Complemento para localização da residência da pessoa em tratamento | Campo essencial | Complemento (residência - momento da notificação) |
| 20. Regional/Distrito de Saúde do município | Texto | | Nome da Regional de saúde de residência do indivíduo em tratamento | Campo essencial | * |
| 21. CEP | Numérico | | Código de endereçamento postal do logradouro de residência do indivíduo em tratamento | Campo essencial | * |
| 22. Unidade de saúde de origem - Estado | Texto | | Estado da unidade de origem do indivíduo em tratamento | Campo obrigatório | Estado US origem |
| 23. Unidade de saúde de origem - Município | Texto | | Município da unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento | Campo obrigatório | Cidade US origem |
| 24. Unidade de saúde de origem | Texto | | Unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento | Campo obrigatório | US origem |
| 25. Tipo de entrada | Categórica | Mudança de esquema Após abandono de esquema especial Recidiva após esquema especial Falência | Tipo de entrada do paciente no sistema. Se campo 24, 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 | Hepatopatia prévia Hepatotoxicidade Intolerância grave Alergia medicamentosa Alterações visuais Alterações renais Comorbidade | Motivo da mudança de esquema do tratamento atual | Campo obrigatório Condicionado ao campo 24 | * |



| | | | | | |
|--|------------|--|---|--|--|
| | | Diagnóstico de Mycobacterium bovis Outras doenças | | | |
| 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 | Pulmonar Extrapulmonar 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 | Pleural Ganglionar Geniturinária Óssea Ocular Miliar Meningoencefálica Cutânea Laríngea Outra | Indica o tipo da a forma extrapulmonar da doença, se outra forma, habilita campo texto. | Campo obrigatório Condicionado ao campo 27 | Tipo extrapulmonar e Tipo extrapulmonar2 |
| 29 ao 32. 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 |
| 33 ao 47. Doenças e agravos associados | Categórica | Categorias: Aids, Diabetes, Insuficiência renal/hemodiálise, silicose, transplantado(a) de medula óssea, uso de corticoterapia | Descreve a presença de doença/agravo associado ao indivíduo em tratamento | Campo obrigatório | Doença ou agravo– Nome ¹ |



| | | | | | |
|--|------------|--|--|--------------------------|----------------------------|
| | | 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) | para TB. Se campo = outra (o), habilita campo texto. | | |
| 48. Histórico de tratamento anterior de TB | Categórica | Sim Não | Descreve o histórico de tratamento anterior para TB. Sem sim, preencher o número de tratamentos anteriores, data de início, medicamentos utilizados e resultado de tratamento | Campo obrigatório | * |
| Número de tratamentos anteriores | Número | | Número de tratamentos anteriores | Condicionado ao campo 47 | Qtd Tratamentos Anteriores |
| 49. Contato de TB | Categórico | Sim Não | Indica se o indivíduo em tratamento de TB em situação especial, tem contato com pessoa diagnosticada com TB. Se sim, habilita campo para preenchimento do nome do contato de TB. | Campo obrigatório | Contato de TB |
| 50. Exame de Baciloscopia | Categórico | Não realizado Negativo Positivo 1 a 9 bacilos Positivo + Positivo ++ Positivo +++ | Indica o status da baciloscopia. Se campo 49 (status baciloscopia = número 3,4,5 ou 6, habilita campos <i>material</i> , <i>data da coleta e do resultado</i> | Campo obrigatório | Baciloscopia - Resultado |
| <i>Material</i> | Categórico | Escarro Outro material | Tipo de material coletado para a baciloscopia | Campo obrigatório | * |



| | | | | | |
|--|------------|---|---|--|-------------------------------|
| | | | | | |
| <i>Data da coleta</i> | Data | | Data da coleta da baciloscopia | Campo obrigatório Condicionado ao campo 49 | Baciloscopia - Data da coleta |
| <i>Data do resultado</i> | Data | | Data do resultado da baciloscopia | Campo essencial Condicionado ao campo 49 | * |
| 51. Cultura | Categórico | Não realizado Negativo Positivo Contaminado | Indica o status da cultura. Se campo 50 (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 | Escarro Outro material | Tipo de material coletado para a cultura | Campo obrigatório | * |
| <i>Data da coleta</i> | Data | | Data da coleta do material para a cultura | Campo obrigatório Condicionado ao campo 50 | Cultura - Data da coleta |
| <i>Data do resultado</i> | Data | | Data do resultado da cultura | Campo essencial Condicionado ao campo 50 | * |
| <i>Laboratório</i> | Categórico | Público Privado | Laboratório que realizou o exame de cultura | Campo obrigatório Condicionado ao campo 50 | * |
| 52. Teste rápido molecular (Resultados 1, 2, 3) | Categórico | 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 | Registra se houve a realização do teste rápido molecular e o resultado. <i>Permite o registro de até três testes.</i> Se campo 51 = número entre 2 ao 7, habilita campos <i>data da coleta e do resultado</i> | Campo obrigatório | TR – Resultado |



| | | Inválido | | | |
|--|------------|----------------------------|--|--|-------------------------|
| <i>Data de coleta</i> | Data | | Registra as datas de coleta dos testes rápido molecular | Campo obrigatório Condicionado ao campo 51 | TR – Data da coleta |
| <i>Data do resultado</i> | Data | | Registra as datas dos resultados dos testes rápido molecular | Campo essencial Condicionado ao campo 51 | * |
| 53. Teste de hibridização com sonda em linha (LPA) | Categórico | Realizado Não realizado | Registra se houve a realização do teste de hibridização com sonda em linha (LPA), caso teste realizado, indica a presença ou ausência de mutação do bacilo a depender do tipo de medicamento e gene testado e habilita campos <i>material, data da coleta e resultado para cada medicamento testado.</i> | Campo obrigatório | * |
| <i>Material</i> | Categórico | Escarro Outro material | Tipo de material coletado para o teste de LPA. | Campo obrigatório | * |
| <i>Data da coleta</i> | Data | | Data da coleta do material para o teste de LPA. | Campo obrigatório Condicionado ao campo 52 | LPA - Data da coleta |
| <i>Medicamento e Gene</i> | | | Resultado para o teste de LPA. Preencher para cada medicamento testado o resultado para cada gene (NR=não realizado, MND=mutação não detectada (sensível), MD=mutação detectada (resistente)) | Campo obrigatório Condicionado ao campo 52 | LPA- medicamento (nome) |



| | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--|---|--|---|
| 54. Outro exame de biologia molecular | Categórico | Não realizado Complexo <i>M. tuberculosis</i> Negativo | Registra se realização de outro exame de biologia molecular. Se campo 53 = realizado, habilita <i>campos data da coleta e do resultado.</i> | Campo obrigatório | Outro exame de biologia molecular |
| <i>Data de coleta</i> | Data | | Registra a datas de coleta de outro exame de biologia molecular | Campo obrigatório Condicionado ao campo 53 | Outro exame de biologia molecular – Data da coleta |
| <i>Data do resultado</i> | Data | | Registra a data do resultado de outro exame de biologia molecular | Campo essencial Condicionado ao campo 53 | * |
| 55. Teste de sensibilidade | Categórico | Realizado 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 medicamento testado (NR=não realizado, S=sensível, R=resistente, C=contaminado) | | TS Padrão de resistência inicial – Medicamento (nome) |
| <i>Data da coleta</i> | Data | | Registra a data da coleta do teste de sensibilidade | Campo obrigatório Condicionado ao campo 54 | TS Padrão de resistência inicial - Data da coleta |
| <i>Data do resultado</i> | Data | | Registra a data do resultado do teste de sensibilidade | Campo essencial Condicionado ao campo 54 | * |



| <i>Método</i> | Categórico | Proporções Automatizado | Descreve o método utilizado no teste de sensibilidade | Campo essencial Condicionado ao campo 54 | * |
|--|------------|---|--|--|------------------------------|
| 56. Radiografia de tórax | Categórico | Não realizado Unilateral cavitária Unilateral não cavitária Bilateral cavitária Bilateral não cavitária Normal | Indica o status da Radiografia de tórax. Se exame realizado habilita campo 56 = data da radiografia de tórax | Campo obrigatório | Raio X - Apresentação |
| 57. Data da radiografia de tórax | Data | | Registra a data do exame de radiografia de Tórax | Campo obrigatório Condicionado ao campo 55 | Raio X- Data |
| 58. HIV | Categórico | Não realizado Negativo Positivo | Indica o status do exame de HIV | Campo obrigatório | HIV |
| 59. TARV | Categórico | Sim Não | Indica se houve realização de terapia com antiretroviral | Campo obrigatório | TARV |
| 60. Unidade de saúde de tratamento - Estado | Texto | | Estado da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo | Campo obrigatório | UF (Unidade tto) |
| 61. Unidade de saúde de tratamento - Município | Texto | | Município da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo | Campo obrigatório | Cidade (Unidade tto) |
| 62. Unidade de saúde de Tratamento | Texto | | Nome completo da unidade de saúde responsável pelo tratamento atual do indivíduo, sem abreviações | Campo obrigatório | Unidade tto |
| 63. Data de início do tratamento | Data | | Registrar a data do início do tratamento atual | Campo obrigatório | Início do tratamento |
| 64. Regime de tratamento | Categórico | Padronizado Individualizado | Indica se o esquema terapêutico é padronizado ou individualizado. Se “Padronizado”, habilita | Campo obrigatório | Esquema de tto inicial/atual |



| | | | | | |
|--|----------|--|---|---|------------------------------|
| | | | campo 63.1, se “Individualizado” habilita campo 63.2 | | |
| 64.1. Regime de tratamento - Padronizado | Texto | | Selecionar o regime de tratamento padronizado utilizado | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | Esquema de tto inicial/atual |
| 64.2. Regime de tratamento - Individualizado | Texto | | Descreve o regime terapêutico individualizado, habilitando os campos, <i>medicação, meses de prescrição, dose unitária e frequência</i> | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | Esquema de tto inicial/atual |
| <i>Medicação</i> | Texto | | Nome do medicamento utilizado | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | tto – nome do medicamento |
| <i>Meses de prescrição</i> | Texto | | Duração do tratamento em meses | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | * |
| <i>Dose unitária</i> | Texto | | Dosagem do medicamento a ser administrado | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | * |
| <i>Frequência</i> | Texto | | Periodicidade da administração do medicamento | Campo obrigatório condicionado ao campo 63 | * |
| 65. Avaliação de contatos | Numérico | | Indica o número de <i>contatos identificados e examinados</i> | Campo obrigatório | * |
| <i>Número de contatos identificados</i> | Numérico | | Descreve o número de contatos identificados do paciente em tratamento | Campo obrigatório | Contatos identificados |
| <i>Número de contatos examinados</i> | Numérico | | Descreve o número de contatos examinados do paciente em tratamento | Campo obrigatório | Contatos examinados |
| 66. Data da consulta atual | Data | | Data da consulta atual | Campo obrigatório | Consulta - Data |



| 67. Data da próxima consulta | Data | | Data da próxima consulta | Campo essencial | Consulta – Próxima consulta |
|------------------------------|-------|--|--|---|-----------------------------|
| 68. 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 | * |
| 69. Função | Texto | | Informa a função do responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. | Campo obrigatório | * |
| 70. 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, Qtd Tratamentos Anteriores, Data da notificação e do diagnóstico, Data do início do tratamento, Início da fase de manutenção

¹O nome da variável será formado por “doença ou agravo -” acompanhado do nome da doença ou agravo.