



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

CASO DE MNT

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO

1) Nome de registro*:		2) Nome social:	
3) Data de nascimento*: ____/____/____	4) Sexo*: () Masculino () Feminino	5) Gestante*: () 1º trim () 2º trim () 3º trim () Idade gestacional ignorada () Não () Ignorado/Não sabe () Não se aplica	
6) Raça/Cor*: () branca () preta () amarela () parda () indígena () ignorada		7) Escolaridade (anos de estudo)*: () nenhuma () de 1 a 3 () de 4 a 7 () de 8 a 11 () 12 ou + () Ignorada	
8) CPF*:		9) Cartão Nacional de Saúde*:	
10) Nome da mãe*:			
11) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____		11) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____	

DADOS DE RESIDÊNCIA

13) UF de residência*:	14) Município de residência*:	15) Logradouro*:
16) Nº:	17) Bairro:	18) Complemento (apto., casa,...):
19) Regional/Distrito de Saúde do município:		20) CEP: _____ - _____

DADOS DE NOTIFICAÇÃO

21) UF de origem*:	22) Município de origem*:	23) Unidade de Saúde (US) de origem*:
24) Tipo de entrada*: () Caso novo de MNT () Mudança de esquema de MNT () Após abandono de tratamento de MNT () Recidiva de MNT () Falência ao tratamento de MNT		
Se Mudança de esquema – motivo**: () Hepatopatia prévia () Hepatotxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa () Alterações visuais () Alterações renais () Outras doenças		

25) Identificação de espécie*:

() Complexo M. abscessos	() Complexo M. avium	() Complexo M. fortuitum	() Complexo M. terrae	() M. kansasii
() M. abscessus abscessus	() M. avium	() M. fortuitum	() M. gordonae	() M. marinum
() M. abscessus bolletti	() M. intracellulare	() M. mucogenicum	() M. haemophilum	() M. ulcerans
() M. abscessus massiliense	() M. chimaera	() M. malmoense	() M. genavense	() M. nonchromogenicum
() M. chelonae	() M. scrofulaceum	() M. smegmatis	() M. xenopi	() M. asiaticum
() M. immunogenum	() M. simiae	() M. szulgai	() Sem identificação	() Outra _____

Tipo de exame**:
() Padrão () Outros Data de coleta**:
____/____/____ Data do resultado: ____/____/____

26) Peso (Kg)*:	27) Altura (cm):
28) Forma Clínica (marque a forma clínica e, em seguida, indique a numeração do tipo extrapulmonar, segundo legenda abaixo)*: () Pulmonar. () Extrapulmonar. Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ () Ambas (pulmonar + extrapulmonar). Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ Tipos extrapulmonares: (1) Pleural (2) Ganglionar (3) Geniturinária (4) Óssea (5) Ocular (6) Miliar (7) Meningoencefálica (8) Cutânea (9) Laríngea (10) Outra: _____	

29) Data do diagnóstico*: ____/____/____

POPULAÇÕES ESPECIAIS

30) Profissional de saúde*: () Sim () Não () Ignorado	31) Imigrante*: () Sim. País: _____ () Não () Ignorado
32) Pessoa privada de liberdade*: () Sim () Não () Ignorado	33) Pessoa em situação de rua*: () Sim () Não () Ignorado
DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS	
34) Aids*: () Sim () Não () Ignorado	35) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado
36) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado	37) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado
38) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado	39) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado
40) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado	41) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado
42) Transplantado(a) de medula óssea*: () Sim () Não () Ignorado	43) Transplantado(a) de órgão sólido*: () Sim () Não () Ignorado
44) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado	45) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado
46) Usuários de imunobiológicos*: () Sim () Não () Ignorado	47) Doença estrutural do pulmão*: () Sim () Não () Ignorado
48) Fibrose cística*: () Sim () Não () Ignorado	49) Outra(o):

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



TRATAMENTOS ANTERIORES

50) Histórico de tratamento anterior de TB*: () Sim () Não **Se sim, nº de tratamentos anteriores:** ()

Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																			Resultado* ^b
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro ^a	
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				

^a Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____

^b Resultado do tratamento: (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 (9) abandono primário

51) Histórico de tratamento anterior de MNT*: () Sim () Não **Se sim, nº de tratamentos anteriores:** ()

Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																			Resultado* ^b	
	Am	S	Cl	Cfz	E	Imp	H	Lzd	Mfx	Rib	R	RH	Azt	Cpx	SMT/TMP	Ert	Imp	Tgc	Tbm		Outro ^a
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					

^a Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____

^b Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) abandono primário

EXAMES COMPLEMENTARES

52) Exame de Baciloscopia*: () Não realizado () Negativo () Positivo 1 a 9 bacilos () Positivo + () Positivo ++ () Positivo +++

Material:** () Escarro () Outro material **Data de coleta**:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

53) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado

Material:** () Escarro () Outro material **Data de coleta**:** ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____ **Laboratório**:** () Público () Privado

54) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado

Material:** () Escarro () Outro material

Data do resultado: ____/____/____ **Laboratório**:** () Público () Privado

55) Teste Rápido Molecular

Resultado*: () 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 () Inválido

Data de coleta:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

56) Teste de Sensibilidade*: () Realizado () Não realizado

Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou I: intermediário

Rifampicina(R) **	Isoniazida (H) **	Pirazinamida (Z) **	Etambutol (E) **
Estreptomicina(S) **	Amicacina (Am) **	Capreomicina (Cm) **	Kanamicina (Km) **
Levofloxacino (Lfx) **	Moxifloxacino (Mfx) **		

Data de coleta:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

57) Radiografia de tórax*: () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária
() Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal

58) Data da radiografia de tórax:** ____/____/____

59) Tomografia Computadorizada*: () Não realizado () Fibrocavitária
() Bronquiectásica nodular () Outras alterações () Normal

60) Data da tomografia computadorizada:** ____/____/____

61) HIV*: () Não realizado () Negativo () Positivo

62) TARV*: () Sim () Não

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



TRATAMENTO ATUAL

63) UF*: | 64) Município de Tratamento*: | 65) US de Tratamento*:

66) Data de Início do Tratamento*: ____/____/____

67) Regime de tratamento*:

67.1 Medicação**	67.2 Meses de prescrição**	67.3 Dose unitária**	67.4 Frequência**

CONSULTA ATUAL

68) Data da consulta atual*: ____/____/____ | 69) Data da próxima consulta: ____/____/____

70) Nome do Profissional *: | 71) Função*:

72) Observações:

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