



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		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* <sup>b</sup>	
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro <sup>a</sup>		
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					

<sup>a</sup> Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: \_\_\_\_\_

<sup>b</sup> 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* <sup>b</sup>		
	Am	S	Cl	Cfz	E	Imp	H	Lzd	Mfx	Rib	R	RH	Azt	Cpx	SMT/TMP	Ert	Imp	Tgc	Tbm		Outro <sup>a</sup>	
/																						
/																						
/																						
/																						
/																						
/																						

<sup>a</sup> Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: \_\_\_\_\_

<sup>b</sup> 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) **
Estreptomina(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