



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

CASO DE TB

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) Número do Sinan: _____	
11) Nome da mãe*:		12) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____	13) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____
DADOS DE RESIDÊNCIA			
14) UF de residência*:	15) Município de residência*:	16) Logradouro*:	
17) Nº:	18) Bairro:	19) Complemento (apto., casa,...):	
20) Regional/Distrito de Saúde do município:			21) CEP: ____-____

DADOS DE NOTIFICAÇÃO

22) UF de origem*:	23) Município de origem*:	24) Unidade de Saúde (US) de origem*:
25) Tipo de entrada*: ( ) Mudança de esquema. ( ) Após abandono de esquema especial ( ) Recidiva após esquema especial ( ) Falência Se Mudança de esquema – motivo***: ( ) Hepatopatia prévia ( ) Hepatotoxicidade ( ) Intolerância grave ( ) Alergia medicamentosa ( ) Alterações visuais ( ) Alterações renais ( ) Comorbidade ( ) Diagnóstico de <i>Mycobacterium bovis</i>		
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) Laringea (10) Outra: \_\_\_\_\_

POPULAÇÕES ESPECIAIS

29) Profissional de saúde*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	30) Imigrante*: ( ) Sim. País: _____ ( ) Não ( ) Ignorado
31) Pessoa privada de liberdade*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	32) Pessoa em situação de rua*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS	
33) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	34) Abuso de álcool*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
35) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	36) Hepatites virais (B/C)*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
37) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	38) Neoplasia*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
39) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	40) Tabagismo*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
41) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	42) Transplantado(a) de órgão sólido*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
43) Doença Mental*: ( ) 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) Outra(o): _____	

TRATAMENTOS ANTERIORES PARA TUBERCULOSE

48) Histórico de tratamento anterior\*: ( ) 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

49) Contato de TB\*: ( ) Sim ( ) Não Se sim, nome do contato: \_\_\_\_\_

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



**EXAMES COMPLEMENTARES**

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

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

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

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

**Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Laboratório\*\*:** ( ) Público ( ) Privado

**52) Teste Rápido Molecular**

**Resultado 1 (R1)\*:** ( ) 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 do R1\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 1:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado 2 (R2)\*:** ( ) 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 do R2\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 2:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado 3 (R3)\*:** ( ) 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 do R3\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 3:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**53) Teste de hibridização com sonda em linha (LPA)\*:** ( ) Realizado ( ) Não realizado

**Material\*\*:** ( ) Escarro ( ) Outro material **Data da coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nas caixas ao lado de cada gene, escreva: NR - não realizado, MND - mutação não detectada (sensível), MD - mutação detectada (resistente)**

Medicamento	Gene	Medicamento	Gene
Rifampicina (R)	<i>rpoB</i> **	Aminoglicosídeos	<i>rrs</i> **
			<i>eis</i> **
Isoniazida (H)	<i>inhA</i> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> **
	<i>katG</i> **		<i>gyrB</i> **

**54) Outro exame de biologia molecular\*:** ( ) Não realizado ( ) Complexo *M. tuberculosis* ( ) Negativo

**Data de coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**55) Teste de Sensibilidade\*:** ( ) Realizado ( ) Não realizado

**Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou C: contaminado**

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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Método:** ( ) Proporções ( ) Automatizado

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

**56) Data da radiografia de tórax\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**58) HIV\*:** ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo

**59) TARV\*:** ( ) Sim ( ) Não

**TRATAMENTO ATUAL**

**60) UF\*:** \_\_\_\_\_ **60) Município de Tratamento\*:** \_\_\_\_\_ **62) US de Tratamento\*:** \_\_\_\_\_

**63) Data de Início do Tratamento\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**64) Regime de tratamento\*:** ( ) Padronizado [responda a questão 64.1] ( ) Individualizado[responda a questão 64.2]

**64.1) Caso tenha selecionado "Padronizado", selecione o regime de tratamento abaixo:**

( ) Hepatopatia 1	9RELfx	( ) Substituição da Isoniazida	2RZELfx/4RELfx
( ) Hepatopatia 2	5Cm3ELfx/7ELfx	( ) Substituição da Pirazinamida	2RHE/7RH
( ) Insuficiência renal	2RHZE3-RH4/4RH	( ) Substituição do Etambutol	2RHZ/4RH
( ) Substituição da Rifampicina	2HZELfx/10HELfx	( ) TB falência 1	8Cm3LfxTrdEZ/10LfxTrdE
( ) TB falência 2	8Cm3LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt		

**64.2) Caso tenha selecionado "Individualizado", escreva os medicamentos nos campos abaixo:**

Medicação**	Meses de prescrição**	Dose unitária**	Frequência**

**65) Avaliação de contatos:**

**Número de contatos identificados\*:** \_\_\_\_\_ **Número de contatos examinados\*:** \_\_\_\_\_

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



CONSULTA ATUAL

66) Data da consulta atual\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

67) Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

68) Nome do Profissional \*:

69) Função\*:

70) Observações:

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