



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

CASO DE TB DR

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) 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*: () Caso novo de TBDR () Após abandono de tratamento de TBDR () Recidiva de TBDR () Falência ao tratamento de TBDR () Mudança do padrão de resistência de TBDR () Mudança de esquema de TBDR. Motivo**:							
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: _____

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* ^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

49) Tipo de resistência atual*: (1) primária (2) adquirida

50) Contato de TB*: () Sim () Não Se sim, nome do contato: _____



EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

53) 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:** ____/____/____

54) 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> **

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

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 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

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

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

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

60) TARV*: () Sim () Não

TRATAMENTO ATUAL

61) UF*: | **62) Município de Tratamento*:** | **63) US de Tratamento*:**

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

65) Regime de tratamento*: () Padronizado [responda a questão 65.1] () Individualizado [responda a questão 65.2]

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

() Monorresistência à Isoniazida 1	2RLfxZE/7RLfxE	() Polirresistência H + E + Z (+/- S) (>55Kg)	2RLfxAm ₅ Trd/7RLfxTrd
() Monorresistência à Isoniazida 2	9RHZELfx	() Polirresistência H + Z (+/- S)	2RLfxAm ₅ E/7RLfxE
() Monorresistência à Isoniazida 3	9RHZE	() Polirresistência R + E e/ou Z (+/-S) (56-70kg)	8Am ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdEtH
() Monorresistência à Isoniazida 4	2RHZE/7RH	() TBMDR1- R+H (+/-S) (56 a 70Kg)	8Am ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdE
() Monorresistência à Rifampicina 1	2CAM ₅ HLfxEZ/10HLfxEZ	() TBMDR2 - R+H+E (+/- Z e/ou S) (56 a 70Kg)	8Am ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt
() Monorresistência à Rifampicina 2	8CAM ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdEH	() TBXDR ou falência de MDR	8Am ₃ MfxLzdCfzPASH ^h /4MfxLzdCfzH ^h PAS/6MfxCfzH ^h PAS
() Polirresistência H + E (+/- S) (51-70Kg)	2RLfxZAM ₅ /7RLfx		

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

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

66) Avaliação de contatos: Número de contatos identificados*: ____ **Número de contatos examinados*:** ____

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



CONSULTA ATUAL

67) Data da consulta atual*: ____/____/____

68) Data da próxima consulta: ____/____/____

69) Nome do Profissional*:

70) Função*:

71) Observações:

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