



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

CASO DE TB DR

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO

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

<b>11) Nome da mãe*:</b>	<b>12) (DDD) Telefone 1:</b> (____) _____ - _____	<b>13) (DDD) Telefone 2:</b> (____) _____ - _____
--------------------------	--	--

DADOS DE RESIDÊNCIA

<b>14) UF de residência*:</b>	<b>15) Município de residência*:</b>	<b>16) Logradouro*:</b>
<b>17) Nº:</b>	<b>18) Bairro:</b>	<b>19) Complemento (apto., casa,...):</b>

<b>20) Regional/Distrito de Saúde do município:</b>	<b>21) CEP:</b> _____ - _____
---	----------------------------------

DADOS DE NOTIFICAÇÃO

<b>22) UF de origem*:</b>	<b>23) Município de origem*:</b>	<b>24) Unidade de Saúde (US) de origem*:</b>
---------------------------	----------------------------------	--

**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\*\*:

<b>26) Peso (Kg)*:</b>	<b>27) Altura (cm):</b>
------------------------	-------------------------

**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

<b>29) Profissional de saúde*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>30) Imigrante*:</b> ( ) Sim. País: _____ ( ) Não ( ) Ignorado
<b>31) Pessoa privada de liberdade*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>32) Pessoa em situação de rua*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS

<b>33) Aids*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>34) Abuso de álcool*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>35) Diabetes*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>36) Hepatites virais (B/C)*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>37) Insuficiência renal/hemodiálise*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>38) Neoplasia*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>39) Silicose*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>40) Tabagismo*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>41) Transplantado(a) de medula óssea*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>42) Transplantado(a) de órgão sólido*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>43) Doença Mental*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>44) Uso de corticoterapia prolongada*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
<b>45) Uso de drogas ilícitas*:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	<b>46) Usuários de imunobiológicos*:</b> ( ) 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) 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 <sub>5</sub> Trd/7RLfxTrd
( ) Monorresistência à Isoniazida 2	9RHZE/Lfx	( ) Polirresistência H + Z (+/- S)	2RLfxAm <sub>5</sub> E/7RLfxE
( ) Monorresistência à Isoniazida 3	9RHZE	( ) Polirresistência R + E e/ou Z (+/- S) (56-70kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdEtH
( ) Monorresistência à Isoniazida 4	2RHZE/7RH	( ) TBMDR1- R+H (+/- S) (56 a 70Kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdE
( ) Monorresistência à Rifampicina 1	2CAm <sub>5</sub> HlfxEZ/10HLfxEZ	( ) TBMDR2 - R+H+E (+/- Z e/ou S) (56 a 70Kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt
( ) Monorresistência à Rifampicina 2	8CAm <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdEH	( ) TBXDR ou falência de MDR	8Am <sub>3</sub> MfxLzdCfzPASH <sup>h</sup> / 4MfxLzdCfzH <sup>h</sup> PAS/6MfxCfzH <sup>h</sup> PAS
( ) Polirresistência H + E (+/- S) (51-70Kg)	2RLfxZAm <sub>5</sub> /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