

DADOS DO CASO	
1) Nome de registro*:	2) Nome Social:
3) Unidade de saúde de tratamento:	4) Número no SITE-TB:
5) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____	6) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____

EXAMES COMPLEMENTARES

7) Exame de Baciloscopia*: () Não realizado () Negativo () Positivo 1 a 9 bacilos () Positivo + () Positivo ++ () Positivo +++
 Material**: () Escarro () Outro material Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____

8) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado
 Material**: () Escarro () Outro material Data de coleta**: ____/____/____
 Data do resultado: ____/____/____ Laboratório**: () Público () Privado

9) 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: ____/____/____

10) 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> ** <i>katG</i> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> ** <i>gyrB</i> **

11) Outro exame de biologia molecular*: () Não realizado () Complexo *M. tuberculosis* () Negativo
 Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____

12) 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

13) Radiografia de Tórax*: () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária
 () Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal
 14) Data da radiografia de tórax*: ____/____/____

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

16) TARV*: () Sim () Não

CONSULTA

17) Data da consulta atual*: ____/____/____ 18) Data da próxima consulta*: ____/____/____

19) Evolução clínica*: () Favorável () Desfavorável 20) Peso (Kg)*: 21) Altura (cm):

22) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? () Não () Sim [responda às questões 21.1 a 21.8]

22.1) Município de residência**: 22.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:

22.3) Logradouro**: 22.4) Nº: 22.5) Bairro:

22.6) Complemento (apto., casa,...): 22.7) Regional/Distrito de Saúde do município: 22.8) CEP: _____ - _____

Doenças e agravos associados

23) Aids*: () Sim () Não () Ignorado 24) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado

25) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado 26) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado

27) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado 28) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado

29) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado 30) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado

31) Transplantado(a) de medula óssea*: () Sim () Não () Ignorado 32) Transplantado(a) de órgão sólido*: () Sim () Não () Ignorado

33) Doença Mental*: () Sim () Não () Ignorado 34) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado

35) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado 36) Usuários de imunobiológicos*: () Sim () Não () Ignorado

37) Outra(o):

