República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO
Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose

SITETB

Caso de MNT

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) Radiografia de Tórax*: ( ) Não realizado ( ) Unilateral cavitária ( ) Unilateral não cavitária ( ) Bilateral cavitária ( ) Bilateral não cavitária ( ) Normal	**10) Data da radiografia de tórax*:** _____/_____/_____
11) Tomografia Computadorizada*: ( ) Não realizado ( ) Fibrocavitária ( ) Broncocavitária ( ) Outras alterações ( ) Normal	**12) Data da tomografia computadorizada**:** _____/_____/_____
13) HIV*: ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo	
14) TARV*: ( ) Sim ( ) Não	

CONSULTA		
15) Data da consulta atual*: _____/_____/_____	**16) Data da próxima consulta*:** _____/_____/_____	
17) Evolução clínica*: ( ) Favorável ( ) Desfavorável	**18) Peso (Kg)*:**	**19) Altura (cm):**
20) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? ( ) Não ( ) Sim [responda às questões 17.1 a 17.8]		
20.1) Município de residência:**	**20.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:**	
20.3) Logradouro:**	**20.4) Nº:**	**20.5) Bairro:**
20.6) Complemento (apto., casa,...):	**20.7) Regional/Distrito de Saúde do município:**	**20.8) CEP:** _____- _____

Doenças e agravos associados	
21) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**22) Abuso de álcool*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
23) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**24) Hepatites virais (B/C)*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
25) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**26) Neoplasia*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
27) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**28) Tabagismo*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
29) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**30) Transplantado(a) de órgão sólido*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
31) Uso de corticoterapia prolongada*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**32) Uso de drogas ilícitas*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
33) Usuários de imunobiológicos*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**34) Doença estrutural do pulmão*:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
35) Fibrose cística*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	**36) Outra(o):**
37) Reações adversas maiores*: ( ) Sim ( ) Não	
( ) Acidose lática: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Alveolite alérgica extrínseca:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Artralgia incapacitante: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Broncoespasmo:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Colite pseudomembranosa: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Convulsão:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____:
( ) Deficiência visual: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Depressão:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Exantema ou hipersensibilidade grave: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Hemorragia digestiva:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Hepatotoxicidade: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Hipertensão intracraniana:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____

( ) Mielotoxicidade (anemia, leucopenia e trombocitopenia): Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Nefrite intersticial:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Nefrotoxicidade: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Neurite óptica:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Neuropatia periférica grave: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Obstrução Intestinal:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Ototoxicidade: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Pancitopenia:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Pancreatite: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Pneumonia por hipersensibilidade:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Prolongamento do intervalo QT: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Rabdomiólise:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Rush Cutâneo: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Sd de Stevens Johnson:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Sintomas psicóticos e depressão: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	**( ) Tendinite grave, rotura de tensão de aquiles:** Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____
( ) Uveíte: Mês de tratamento do início da reação adversa**: __/_____ Medicamento suspeito**: _____	

Caso de MNT

TRATAMENTO

38) Alteração do esquema terapêutico? ( ) Sim [preencha a tabela abaixo] ( ) Não

Medicação**	Data de início**	Data de término**	Dose unitária**	Frequência**

CASO A CONSULTA ATUAL CORRESPONDA AO MÊS DE ENCERRAMENTO OU TRANSFERÊNCIA, RESPONDA AS QUESTÕES DO PRÓXIMO BLOCO

ENCERRAMENTO

39) Transferência: ( ) Sim ( ) Não | **40) Unidade de saúde de destino**:**

41) Data do fim do tratamento/transferência: __/__/_____**

42) Situação de encerramento*: ( ) Curado ( ) Tratamento completo ( ) Interrupção do tratamento
( ) Falência ( ) Óbito ( ) Óbito por outra causa
( ) Mudança de esquema (Preencha o campo **Se Mudança de esquema**)
( ) Mudança de diagnóstico ( ) Interrupção primária do tratamento
( ) Transferido para outro país

- Se mudança de esquema para um **caso de TB esquema especial ou MNT**, selecione o motivo entre as opções abaixo:
( ) Hepatopatia prévia ( ) Hepatotoxicidade ( ) Intolerância grave ( ) Alergia medicamentosa
( ) Alterações visuais ( ) Alterações renais ( ) Outras doenças

43) Observações:

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