



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS DE TUBERCULOSE

CASO DE TB DR

Dicionário de Dados da Ficha de Notificação de TB DR

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Site-TB
CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dados necessários para acompanhamento do tratamento dos indivíduos e para cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	XLS
1. Nome de registro	Texto		Nome civil da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Nome
2. Nome social	Texto		Nome pelo qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida	Campo essencial	*
3. Data de nascimento	Data		Dia, mês e ano de nascimento da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Data de nascimento
4. Sexo	Catégorico	Masculino Feminino	Sexo do individuo	Campo obrigatório	Sexo
5. Gestante	Catégorico	1º trim 2º trim 3º trim Idade gestacional ignorada Não Ignorado/Não sabe Não se aplica	Se o indivíduo for do sexo feminino e maior de 7 anos, informa se é gestante e a idade gestacional	Campo obrigatório	Gestante
6. Raça/cor	Catégorico	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorada	Cor ou raça declarada pela pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Raça/cor
7. Escolaridade (anos de estudo)	Catégorico	Nenhuma De 1 a 3 De 4 a 7 De 8 a 11	Anos de estudo do individuo	Campo obrigatório	Escolaridade (em anos)



		12 ou + Ignorada			
8. CPF	Numérico		Número do CPF	Campo obrigatório	CPF
9. Cartão Nacional de Saúde	Numérico		Número do cartão nacional do SUS	Campo obrigatório	Cartão Nacional do SUS
10. Número do Sinan	Numérico		Número do Sinan referente a notificação inicial do caso para Tuberculose	Campo essencial	SINAN
11. Nome da mãe	Texto		Nome completo da mãe da pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Nome da mãe
12 e 13. (DDD) Telefone	Numérico		Telefone ou contato da pessoa em tratamento	Campo essencial	Telefone 1 e Telefone 2
14. UF de residência	Texto		Nome da Unidade da Federação em que a pessoa em tratamento reside	Campo obrigatório	UF (residência – momento da notificação)
15. Município de residência	Categórica		Nome completo do município em que o indivíduo reside	Campo obrigatório	Cidade (residência - momento da notificação)
16. Logradouro	Texto		Tipo de logradouro, seguido do nome completo do logradouro onde vive a pessoa em tratamento	Campo obrigatório	Logradouro (residência - momento da notificação)
17. Número	Numérico		Número da residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	Número (residência - momento da notificação)
18. Bairro	Texto		Nome completo do bairro de residência da pessoa em tratamento	Campo essencial	Bairro (residência momento da notificação)



19. Complemento (apto., casa...)	Texto		Complemento para localização da residência da pessoa em tratamento	Campo essencial	Complemento (residência - momento da notificação)
20. Regional/Distrito de Saúde do município	Texto		Nome da Regional de saúde de residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	*
21. CEP	Numérico		Código de endereçamento postal do logradouro de residência do indivíduo em tratamento	Campo essencial	*
22. Unidade de saúde de origem - Estado	Texto		Estado da unidade de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	Estado US origem
23. Unidade de saúde de origem - Município	Texto		Município da unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	Cidade US origem
24. Unidade de saúde de origem	Texto		Unidade de saúde de origem do indivíduo em tratamento	Campo obrigatório	US origem
25. Tipo de entrada	Categórica	Caso novo de TBDR Reingresso após interrupção do tratamento de TBDR Recidiva de TBDR Falência ao tratamento de TBDR Mudança do padrão de resistência de TBDR Mudança de esquema de TBDR	Tipo de entrada do paciente no sistema. Se campo 24, mudança de esquema = sim, habilita campo <i>motivo da mudança de esquema</i>	Campo obrigatório	Tipo de entrada
<i>Mudança de esquema (motivo)</i>	Texto		Motivo da mudança de esquema do tratamento atual	Campo obrigatório Condicionado ao campo 24	*
26. Peso (Kg)	Número		Peso do paciente em tratamento (em Kg)	Campo obrigatório	Peso inicial



27. Altura (cm)	Número		Altura do paciente em tratamento (em cm)	Campo essencial	Altura inicial
28. Forma clínica	Categórica	Pulmonar Extrapulmonar Ambas (pulmonar +extrapulmonar)	Indica a forma clínica do indivíduo em tratamento, se “extrapulmonar” ou “ambas”, habilita campo <i>tipos extrapulmonares</i>	Campo obrigatório	Forma clínica
<i>Tipos extrapulmonares</i>	Categórica	Pleural Ganglionar Geniturinária Ossea Ocular Miliar Meningoencefálica Cutânea Laríngea Outra	Indica o tipo da a forma extrapulmonar da doença, se outra forma, habilita campo texto.	Campo obrigatório Condicionado ao campo 27	Tipo extrapulmonar e Tipo extrapulmonar2
29 ao 32. Populações em situação de vulnerabilidade	Categórica	Categorias: Profissional de saúde, Imigrante, Pessoa privada de liberdade, Pessoa em situação de rua	População em situação de vulnerabilidade a ser notificada, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”	Campo obrigatório	Pop – profissional de saúde/ Pop – imigrante/ Pop – PPL/ Pop - rua
33 ao 47. Doenças e agravos associados	Categórica	Categorias: Aids, Diabetes, Insuficiência renal/hemodiálise, silicose, transplantado(a) de medula óssea, uso de corticoterapia prolongada, usuários de imunobiológicos, fibrose cística, abuso de álcool, hepatites virais (B/C), Neoplasia, Tabagismo, Transplantado de órgão sólido, Uso de drogas ilícitas, Doença estrutural do pulmão, Outra (o)	Descreve a presença de doença/agravo associado ao indivíduo em tratamento para TB DR, Se campo = outra (o), habilita campo texto.	Campo obrigatório	Doença ou agravo– Nome ¹



48. Histórico de tratamento anterior de TB	Categórica	Sim Não	Descreve o histórico de tratamento anterior para TB. Sem sim, preencher o número de tratamentos anteriores, data de início, medicamentos utilizados e resultado de tratamento	Campo obrigatório	*
<i>Número de tratamentos anteriores</i>	Número		Número de tratamentos anteriores	Condicionado ao campo 47	Qtd Tratamentos Anteriores
49. Tipo de resistência atual	Categórica	Primária Adquirida	Descreve o tipo de resistência atual	Campo obrigatório	Tipo de resistência
50. Contato de TB	Categórico	Sim Não	Indica se o indivíduo em tratamento de TBDR tem contato com pessoa diagnosticada com TB. Se sim, habilita campo para preenchimento do nome do contato de TB.	Campo obrigatório	Contato de TB
51. Exame de Baciloscopia	Categórico	Não realizado Negativo Positivo 1 a 9 bacilos Positivo + Positivo ++ Positivo +++	Indica o status da baciloscopia. Se campo 50 (status baciloscopia = número 3,4,5 ou 6, habilita campos <i>material, data da coleta e do resultado</i>	Campo obrigatório	Baciloscopia - Resultado
<i>Material</i>	Categórico	Escarro Outro material	Tipo de material coletado para a baciloscopia	Campo obrigatório	*
<i>Data de coleta</i>	Data		Data da coleta da baciloscopia	Campo obrigatório Condicionado ao campo 50	Baciloscopia - Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da baciloscopia	Campo essencial Condicionado ao campo 50	*
52. Cultura	Categórico	Não realizado Negativo Positivo	Indica o status da cultura. Se campo 51 (resultado cultura realizada= número 2, 3 ou 4, habilita campos	Campo obrigatório	Cultura - Resultado



		Contaminado	<i>material, data da coleta e do resultado e laboratório</i>		
<i>Material</i>	Catagórico	Escarro Outro material	Tipo de material coletado para a cultura	Campo obrigatório	*
<i>Data de coleta</i>	Data		Data da coleta do material para a cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 51	Cultura - Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Data do resultado da cultura	Campo essencial Condicionado ao campo 51	*
<i>Laboratório</i>	Catagórico	Público Privado	Laboratório que realizou o exame de cultura	Campo obrigatório Condicionado ao campo 51	*
53. Teste Rápido Molecular (Resultados 1, 2, 3)	Catagórico	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	Registra se houve a realização do teste rápido molecular e o resultado. <i>Permite o registro de até três testes.</i> Se campo 52 = número entre 2 ao 7, habilita campos <i>data da coleta e do resultado</i>	Campo obrigatório	TR – Resultado
<i>Data de coleta</i>	Data		Registra as datas de coleta dos testes rápido molecular	Campo obrigatório Condicionado ao campo 52	TR – Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Registra as datas dos resultados dos testes rápido molecular	Campo essencial Condicionado ao campo 52	*
54. Teste de hibridização com sonda em linha (LPA)	Catagórico	Realizado Não realizado	Registra se houve a realização do teste de hibridização com sonda em linha (LPA), caso teste realizado, indica a presença ou ausência de mutação do	Campo obrigatório	*



			bacilo a depender do tipo de medicamento e gene testado e habilita campos <i>material</i> , <i>data da coleta</i> e <i>resultado para cada medicamento testado</i> .		
<i>Material</i>	Categórico	Escarro Outro material	Tipo de material coletado para o teste de LPA.	Campo obrigatório	*
<i>Data de coleta</i>	Data		Data da coleta do material para o teste de LPA.	Campo obrigatório Condicionado ao campo 53	LPA - Data da coleta
<i>Medicamento e Gene</i>			Resultado para o teste de LPA. Preencher para cada medicamento testado o resultado para cada gene (NR=não realizado, MND=mutação não detectada (sensível), MD=mutação detectada (resistente))	Campo obrigatório Condicionado ao campo 53	LPA- medicamento (nome)
55. Outro exame de biologia molecular	Categórico	Não realizado Complexo <i>M. tuberculosis</i> Negativo	Registra se realização de outro exame de biologia molecular. Se campo 54 = realizado, habilita campos <i>data da coleta</i> e <i>do resultado</i> .	Campo obrigatório	Outro exame de biologia molecular - Resultado
<i>Data de coleta</i>	Data		Registra a datas de coleta de outro exame de biologia molecular	Campo obrigatório Condicionado ao campo 54	Outro exame de biologia molecular – Data da coleta
<i>Data do resultado</i>	Data		Registra a data do resultado de outro exame de biologia molecular	Campo essencial Condicionado ao campo 54	*
56. Teste de sensibilidade	Categórico	Realizado Não realizado	Indica o status do teste de sensibilidade, se exame realizado mostra se bacilo é resistente ou sensível a depender do medicamento testado e habilita campos do <i>resultado para cada medicamento testado</i> , <i>data da coleta</i> , <i>do resultado</i> e <i>o método</i> .	Campo obrigatório	*



<i>Medicamento</i>			Resultado para o teste de sensibilidade. Preencher para cada medicamento testado (NR=não realizado, S=sensível, R=resistente, C=contaminado)		TS Padrão de resistência inicial – Medicamento (nome)
<i>Data de coleta</i>	Data		Registra a data da coleta do teste de sensibilidade	Campo obrigatório Condicionado ao campo 55	*
<i>Data do resultado</i>	Data		Registra a data do resultado do teste de sensibilidade	Campo essencial Condicionado ao campo 55	*
<i>Método</i>	Categórico	Proporções Automatizado	Descreve o método utilizado no teste de sensibilidade	Campo essencial Condicionado ao campo 55	*
57. Radiografia de Tórax	Categórico	Não realizado Unilateral cavitária Unilateral não cavitária Bilateral cavitária Bilateral não cavitária Normal	Indica o status da Radiografia de Tórax. Se exame realizado habilita campo 57 = data da radiografia de tórax	Campo obrigatório	Raio X - Apresentação
58. Data da Radiografia de Tórax	Data		Registra a data do exame de radiografia de Tórax	Campo obrigatório Condicionado ao campo 56	Raio X– Data
59. HIV	Categórico	Não realizado Negativo Positivo	Indica o status do exame de HIV	Campo obrigatório	HIV
60. TARV	Categórico	Sim Não	Indica se houve realização de terapia com antiretroviral	Campo obrigatório	TARV
61. Unidade de saúde de tratamento - Estado	Texto		Estado da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo	Campo obrigatório	UF (Unidade tto)
62. Unidade de saúde de tratamento - Município	Texto		Município da unidade de saúde de tratamento atual do indivíduo	Campo obrigatório	Cidade (Unidade tto)



63. Unidade de saúde de tratamento	Texto		Nome completo da unidade de saúde responsável pelo tratamento atual do indivíduo, sem abreviações	Campo obrigatório	Unidade tto
64. Data do início do tratamento	Data		Registrar a data do início do tratamento atual	Campo obrigatório	Início do tratamento
65. Regime de tratamento	Categórico	Padronizado Individualizado	Indica se o esquema terapêutico é padronizado ou individualizado. Se “Padronizado”, habilita campo 64.1, se “Individualizado” habilita campo 64.2	Campo obrigatório	Esquema de tto inicial/atual
65.1. Regime de tratamento - Padronizado			Selecionar o regime de tratamento padronizado utilizado	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	Esquema de tto inicial/atual
65.2. Regime de tratamento - Individualizado	Texto		Descreve o regime terapêutico individualizado, habilitando os campos, <i>medicação, meses de prescrição, dose unitária e frequência</i>	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	Esquema de tto inicial/atual
<i>Medicação</i>	Texto		Nome do medicamento utilizado	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	*
<i>Meses de prescrição</i>	Texto		Duração do tratamento em meses	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	*
<i>Dose unitária</i>	Texto		Dosagem do medicamento a ser administrado	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	*
<i>Frequência</i>	Texto		Periodicidade da administração do medicamento	Campo obrigatório condicionado ao campo 64	*
66. Avaliação de contatos	Numérico		Indica o número de <i>contatos identificados e examinados</i>	Campo obrigatório	*
<i>Número de contatos identificados</i>	Numérico		Descreve o número de contatos identificados do paciente em tratamento	Campo obrigatório	Contatos identificados



<i>Número de contatos examinados</i>	Numérico		Descreve o número de contatos examinados do paciente em tratamento	Campo obrigatório	Contatos examinados
67. Data da consulta atual	Data		Data da consulta atual	Campo obrigatório	Consulta - Data
68. Data da próxima consulta	Data		Data da próxima consulta	Campo essencial	Consulta – Próxima consulta
69. Nome do profissional	Texto		Contém o nome completo da pessoa responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.	Campo obrigatório	*
70. Função	Texto		Informa a função do responsável pela investigação do caso, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.	Campo obrigatório	*
71. Observações	Texto		Anotar informações complementares sobre a investigação, notificação ou tratamento, caso considere necessário. Informações para uso	Campo de uso interno pela unidade de saúde	*

* As variáveis em que constam o símbolo (*) no dicionário de dados não constam no arquivo de exportação XLS.

Outras variáveis constarão somente no arquivo XLS (variáveis de preenchimento automático), tais como: Key, Validação, Classificação, Dígito, Idade, campo “Códigos do IBGE referente aos endereços”, CNES da unidade de tratamento, Qtd Tratamentos Anteriores, Data da notificação e do diagnóstico, Data do início do tratamento, Início da fase de manutenção

¹O nome da variável será formado por “doença ou agravamento -” acompanhado do nome da doença ou agravamento.