



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

CASO DE TB

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		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*: () Mudança de esquema () Reingresso após interrupção do esquema especial () Recidiva após esquema especial () Falência		
Se Mudança de esquema – motivo***: () Hepatopatia prévia () Hepatotxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa () Alterações visuais () Alterações renais () Comorbidade () Diagnóstico de <i>Mycobacterium bovis</i>		

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) Laringea (10) Outra: _____

POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

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) interrupção do tratamento (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR

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



EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

52) 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:** ____/____/____

53) Teste de hibridização com sonda em linha (LPA)*: () Realizado () Não realizado

Material:** () Escarro () Outro material **Data de 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> **

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

Data de coleta:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

55) 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

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

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

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

59) TARV*: () Sim () Não

TRATAMENTO ATUAL

60) UF*: _____ **60) Município de tratamento*:** _____ **62) US de tratamento*:** _____

63) Data de início do tratamento*: ____/____/____

64) Regime de tratamento*: () Padronizado [responda a questão 64.1] () Individualizado [responda a questão 64.2]

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

() Hepatopatia 1	9RELfx	() Substituição da Isoniazida	2RZELfx/4RELfx
() Hepatopatia 2	5Cm3ELfx/7ELfx	() Substituição da Pirazinamida	2RHE/7RH
() Insuficiência renal	2RHZE3-RH4/4RH	() Substituição do Etambutol	2RHZ/4RH
() Substituição da Rifampicina	2HZELfx/10HELfx	() TB falência 1	8Cm ₃ LfxTrdEZ/10LfxTrdE
() TB falência 2	8Cm ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt		

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

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

65) Avaliação de contatos:

Número de contatos identificados*: _____ **Número de contatos examinados*:** _____

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



CONSULTA ATUAL

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

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

68) Nome do Profissional *:

69) Função*:

70) Observações:

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