

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)			
<u>Medicamento</u>	<u>Gene</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Gene</u>
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 <i>M. tuberculosis</i> () 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	
CONSULTA			
16) Data da consulta atual*: ____/____/____		17) Data da próxima consulta*: ____/____/____	
18) Evolução clínica*: () Favorável () Desfavorável		19) Peso (Kg)*:	20) Altura (cm):
21) Endereço atual é diferente do endereço de notificação? () Não () Sim [responda às questões 21.1 a 21.8]			
21.1) Município de residência**:		21.2) Unidade da Federação (UF) de residência**:	
21.3) Logradouro**:	21.4) Nº:	21.5) Bairro:	
21.6) Complemento (apto., casa,...):	21.7) Regional/Distrito de Saúde do município:		21.8) CEP: _____ - _____
Doenças e agravos associados			
22) Aids*: () Sim () Não () Ignorado		23) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado	
24) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado		25) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado	
26) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado		27) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado	
28) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado		29) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado	

30) Transplantado(a)*: () Sim () Não () Ignorado		31) Doença Mental*: () Sim () Não () Ignorado		
32) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado		33) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado		
34) Usuários de inibidores de TNF alfa*: () Sim () Não () Ignorado		35) Outra(o):		
36) Reações adversas maiores*: () Sim () Não () Artralgia limitante Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Nefrotoxicidade Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Convulsão Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Neurite ótica Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Hepatite medicamentosa Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Neuropatia periférica grave Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____;		
() Mielotoxicidade (trombocitopenia ou leucopenia ou anemia) Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Pancreatite Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Perda auditiva: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Prolongamento do intervalo QT: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Alergias graves: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Psicose e depressão: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Acidose láctica: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		() Hipotireoidismo: Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____		
() Outro: _____ Mês de tratamento do início da reação adversa **: __/____ Medicamento suspeito **: _____				
37) Avaliação de contatos: Número de contatos identificados*: _____ Número de contatos examinados*: _____				
38) Nome do Profissional*:		39) Função*:		
TRATAMENTO				
40) 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				
41) Transferência: () Sim () Não		42) Unidade de saúde de destino**:		
43) Data do fim do tratamento/transferência**: __/__/____		44) Tratamento diretamente observado*: () Sim () Não		
45) Situação de encerramento*:				
() Curado () Tratamento completo () Abandono () Falência () Óbito () Óbito por outra causa				
() Mudança de esquema (Preencha o campo Se Mudança de esquema) () Mudança do padrão de resistência				
() Mudança de diagnóstico () Abandono primário () Transferido para outro país				
Se Mudança de esquema**:				
- Se mudança de esquema para um caso de TBDR , preencha o motivo: _____				
- 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 () Comorbidade				
46) Observações:				

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