

CASO DE MNT

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 () ignorada | | 7) Escolaridade (anos de estudo)*: () nenhuma () de 1 a 3 () de 4 a 7 () de 8 a 11 () 12 ou + () Ignorada | |
| 8) Cartão Nacional de Saúde: | | 9) Número do Sinan: | |
| 10) Nome da mãe*: | | 11) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____ | 12) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____ |

DADOS DE RESIDÊNCIA

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 13) UF de residência*: | 14) Município de residência*: | 15) Logradouro*: |
| 16) Nº: | 17) Bairro: | 18) Complemento (apto., casa,...): |
| 19) Regional/Distrito de Saúde do município: | | 20) CEP: _____ - _____ |

DADOS DE NOTIFICAÇÃO

| | | |
|---------------------------|----------------------------------|--|
| 21) UF de origem*: | 22) Município de origem*: | 23) Unidade de Saúde (US) de origem*: |
|---------------------------|----------------------------------|--|

24) Tipo de entrada*:
 Caso novo de MNT Mudança de esquema de MNT Após abandono de MNT Recidiva de MNT Falência de MNT

Se Mudança de esquema – motivo:**
 Hepatopatia prévia Hepatotoxicidade Intolerância grave Alergia medicamentosa
 Alterações visuais Alterações renais Comorbidade

25) Tipo de MNT*:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Complexo M. abscessos | <input type="checkbox"/> Complexo M. avium | <input type="checkbox"/> Complexo M. fortuitum | <input type="checkbox"/> M. asiaticum | <input type="checkbox"/> M. abscessus bolletti |
| <input type="checkbox"/> M. abscessus massiliense | <input type="checkbox"/> M. chimaera | <input type="checkbox"/> M. abscessus | <input type="checkbox"/> M. avium | <input type="checkbox"/> M. chelonae |
| <input type="checkbox"/> M. fortuitum | <input type="checkbox"/> M. genavense | <input type="checkbox"/> M. gordonae | <input type="checkbox"/> M. haemophilum | <input type="checkbox"/> M. immunogenum |
| <input type="checkbox"/> M. kansasii | <input type="checkbox"/> M. malmoense | <input type="checkbox"/> M. marinum | <input type="checkbox"/> M. mucogenicum | <input type="checkbox"/> M. nonchromogenicum |
| <input type="checkbox"/> M. scrofulaceum | <input type="checkbox"/> M. simiae | <input type="checkbox"/> M. smegmatis | <input type="checkbox"/> M. szulgai | <input type="checkbox"/> M. terrae complex |
| <input type="checkbox"/> M. ulcerans | <input type="checkbox"/> M. xenopi | <input type="checkbox"/> M. intracellulare | <input type="checkbox"/> Sem identificação | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

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 periférica (3) Geniturinária (4) Óssea (5) Ocular
 (6) Miliar (7) Meningoencefálica (8) Cutânea (9) Laringea (10) Outra: _____

29) Data do diagnóstico*: ____/____/____

POPULAÇÕES ESPECIAIS

| | |
|---|---|
| 30) Profissional de saúde*: () Sim () Não () Ignorado | 31) Imigrante*: () Sim. País: _____ () Não () Ignorado |
| 32) Pessoa privada de liberdade*: () Sim () Não () Ignorado | 33) Pessoa em situação de rua*: () Sim () Não () Ignorado |

DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS

| | |
|---|--|
| 34) Aids*: () Sim () Não () Ignorado | 35) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado |
| 36) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado | 37) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado |
| 38) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado | 39) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado |
| 40) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado | 41) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado |
| 42) Transplantado(a)*: () Sim () Não () Ignorado | 43) Doença Mental*: () Sim () Não () Ignorado |

CONSULTA ATUAL

| | |
|---|--|
| 62) Data da consulta atual*: ____/____/____ | 63) Data da próxima consulta: ____/____/____ |
|---|--|

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 64) Nome do Profissional *: | 65) Função*: |
|-----------------------------|--------------|

| |
|------------------|
| 66) Observações: |
|------------------|

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