

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 () 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*: () Mudança de esquema. () Após abandono de esquema especial () Recidiva após esquema especial () Falência		
Se Mudança de esquema – motivo**: () Hepatopatia prévia () Hepatotoxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa () Alterações visuais () Alterações renais () Comorbidade		

25) Peso (Kg)*:	26) Altura (cm):
27) 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) Laríngea (10) Outra: _____	

POPULAÇÕES ESPECIAIS

28) Profissional de saúde*: () Sim () Não () Ignorado	29) Imigrante*: () Sim. País: _____ () Não () Ignorado
30) Pessoa privada de liberdade*: () Sim () Não () Ignorado	31) Pessoa em situação de rua*: () Sim () Não () Ignorado

DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS

32) Aids*: () Sim () Não () Ignorado	33) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado
34) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado	35) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado
36) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado	37) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado
38) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado	39) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado
40) Transplantado(a)*: () Sim () Não () Ignorado	41) Doença Mental*: () Sim () Não () Ignorado
42) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado	43) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado
44) Usuários de inibidores de TNF alfa*: () Sim () Não () Ignorado	45) Outra(o):

TRATAMENTOS ANTERIORES PARA TUBERCULOSE

46) 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) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR

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

EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

50) 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**: ____/____/____

51) 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)

Medicamento	Gene	Medicamento	Gene
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> **

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

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

53) 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

54) Radiografia de tórax* : () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária () Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal			
55) Data da radiografia de tórax* : ____/____/____		56) HIV* : () Não realizado () Negativo () Positivo	
TRATAMENTO ATUAL			
57) UF* :	58) Município de Tratamento* :	59) US de Tratamento* :	
60) Data de Início do Tratamento* : ____/____/____			
61) Regime de tratamento* : () Padronizado [responda a questão 61.1] () Individualizado [responda a questão 61.2]			
61.1) 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		
61.2) Caso tenha selecionado "Individualizado", escreva os medicamentos nos campos abaixo:			
Medicação**	Meses de prescrição**	Dose unitária**	Frequência**
62) Avaliação de contatos:			
Número de contatos identificados* : ____		Número de contatos examinados* : ____	
CONSULTA ATUAL			
63) Data da consulta atual* : ____/____/____		64) Data da próxima consulta* : ____/____/____	
65) Nome do Profissional* :		66) Função* :	
67) Observações:			

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