

CASO DE TBDR			
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 TBDR () Após abandono de tratamento de TBDR () Recidiva de TBDR () Falência ao tratamento de TBDR () Mudança do padrão de resistência de TBDR () Mudança de esquema de TBDR. Motivo**:			
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) Tipo de resistência atual*: 1) primária 2) adquirida

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

EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

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

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

51) 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**: ____/____/____

52) 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> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> **
	<i>katG</i> **		<i>gyrB</i> **

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

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

54) 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							
55) Radiografia de tórax* : () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária () Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal							
56) Data da radiografia de tórax* : ____/____/____ 57) HIV* : () Não realizado () Negativo () Positivo							
TRATAMENTO ATUAL							
58) UF* :		59) Município de Tratamento* :			60) US de Tratamento* :		
61) Data de Início do Tratamento* : ____/____/____							
62) Regime de tratamento* : () Padronizado [responda a questão 62.1] () Individualizado [responda a questão 62.2]							
62.1) Caso tenha selecionado "Padronizado", selecione o regime de tratamento abaixo:							
() Monorresistência à Isoniazida (+/- S)	2RLfxZE/7RLfxE		() Polirresistência H + E + Z (+/- S)	2RLfxCm ₅ Trd/10RLfxTrd			
() Monorresistência à Isoniazida (+/- S)	9RHZELfx		() Polirresistência H + Z (+/- S)	2RLfxCm ₅ E/7RLfxE			
() Monorresistência à Isoniazida (+/- S)	9RHZE		() Polirresistência R + E e/ou Z (+/-S)	8Cm ₃ LfxTrdEtZH/10LfxTrdEtH			
() Monorresistência à Isoniazida (+/- S)	2RHZE/7RH		() Monorresistência à Rifampicina	6S3HZELfx/6HELfx			
() Monorresistência à Rifampicina	2Cm ₅ HLfxEZ/10HLfxEZ		() TBMDR1- R+H (+/-S)	8Cm ₃ LfxTrdEZ/10LfxTrdE			
() Monorresistência à Rifampicina	8Cm ₃ LfxTrdEZ/10LfxTrdEH		() TBMDR2 - R+H+E (+/- Z e/ou S)	8Cm ₃ LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt			
() Polirresistência H + E (+/- S)	2RLfxZCm ₅ /7RLfx		() TBXDR ou falência de MDR	8Am ₃ MfxLzdCfzPASH ^h / 4MfxLzdCfzH ^h PAS/6MfxCfzH ^h P AS			
62.2) Caso tenha selecionado "Individualizado", escreva os medicamentos nos campos abaixo:							
Medicação**		Meses de prescrição**		Dose unitária**		Frequência**	
63) Avaliação de contatos:							
Número de contatos identificados* : ____				Número de contatos examinados* : ____			
CONSULTA ATUAL							
64) Data da consulta atual* : ____/____/____				65) Data da próxima consulta : ____/____/____			
66) Nome do Profissional * :				67) Função* :			
68) Observações:							

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