

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SITE-TB
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
CASO DE MNT**

***CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no SITE-TB

Identificação do Indivíduo

Nome do registro*: anotar o nome civil do indivíduo notificado no SITE-TB, com letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais. Conferir com um documento de identidade, se possível.

Nome social: informar o nome pelo qual o indivíduo se identifica e é socialmente reconhecido. Preencher em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

Data de nascimento*: registrar o dia, mês e ano de nascimento do indivíduo. Se a data do nascimento for desconhecida, anotar a data do nascimento aproximada.

Sexo*: informar o sexo do indivíduo (Masculino, Feminino).

Gestante:** se o indivíduo for do sexo feminino, informar se é gestante. Se Sim, especificar se a mesma está no 1º, 2º ou 3º trimestre ou se a idade gestacional é ignorada. Caso contrário, marcar as opções, Não, Ignorado/Não sabe ou Não se aplica.

Raça/Cor*: perguntar, para o indivíduo a ser notificado, qual a sua cor ou raça e registrar a informação declarada como: Branca, Preta, Amarela, Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia) ou Ignorado (incluindo-se o caso para o qual não tenha sido possível perguntar a raça ou cor ou que prefira não declarar raça ou cor).

Escolaridade (anos de estudo)*: selecionar entre as opções os anos de estudos concluídos pelo indivíduo que está sendo notificado na ocasião da notificação. (nenhuma (< do que 1 ano de estudo concluído), de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, 12 ou + e ignorada).

Cartão Nacional de Saúde: registrar o número do cartão de saúde do indivíduo registrado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Número do Sinan: registrar o número, caso o indivíduo que está sendo notificado no SITE-TB tenha sido notificado previamente no Sinan com diagnóstico de TB

Nome da mãe*: preencher com o nome completo da mãe do indivíduo notificado e, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações acentos ou caracteres especiais. Se o nome da mãe não for conhecido, preencher o campo com “ignorado”. Conferir a informação com um documento de identidade, se possível.

(DDD) Telefone: Anotar o DDD e o telefone do indivíduo, preferencialmente celular. Se o mesmo não possuir celular, anotar o telefone da residência ou do trabalho. Se nenhum desses números estiver disponível, anotar telefone de terceiros que permita contato com o indivíduo.

Dados de residência

UF de residência*: anotar o nome da Unidade da Federação que o indivíduo reside.

Município de residência*: preencher com o nome completo do município em que o indivíduo reside, sem abreviações.

Logradouro*: registrar, sem abreviações, com letra de forma legível e sem o uso de acentos e caracteres especiais, o tipo de logradouro (rua, avenida, estrada, rodovia, travessa, beco, ladeira, caminho, etc.) seguido do nome completo do logradouro onde vive o indivíduo notificado no SITE-TB. Conferir a informação com um comprovante de residência, se disponível. Caso não possua residência, preencher como “sem residência”.

Nº: preencher com o número da residência do indivíduo. Se a residência não possuir número, preencher com “SN”.

Bairro: preencher com o nome completo do bairro de residência do indivíduo, em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

Complemento (apto., casa,...): caso seja necessária informação complementar para localização da residência do indivíduo, anotar em letra de forma legível, sem o uso de acentos e caracteres especiais. EX. BLOCO B, APTO 402, LOTE 25, CASA 14.

Regional/Distrito de Saúde do município: registrar o nome completo da regional/distrito de saúde em que o indivíduo reside, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

CEP: Anotar o código de endereçamento postal do logradouro da residência do indivíduo.

Dados de Notificação

UF de origem*: anotar o nome do estado da unidade de saúde de origem^a do indivíduo notificado no SITE-TB.

Município de origem*: anotar o nome do município da unidade de saúde de origem do indivíduo notificado no SITE-TB

Unidade de saúde de origem*: anotar o nome da unidade de saúde de origem do indivíduo notificado no SITE-TB.

Tipo de entrada*: selecionar entre as opções o motivo pelo qual o indivíduo está sendo notificado no SITE-TB (caso novo de MNT, mudança de esquema de MNT, após abandono de MNT, recidiva de MNT, falência de MNT).

Mudança de esquema (motivo):** se mudança de esquema, selecionar o motivo da mudança de esquema entre as opções: hepatopatia prévia, hepatotoxicidade, intolerância grave, alergia medicamentosa, alterações visuais, alterações renais e comorbidade.

Tipo de MNT*: marcar a espécie de micobactéria não tuberculosa (MNT) ou, caso não tenha sido identificada a espécie, selecionar o complexo. Se a espécie identificada não estiver entre as opções disponíveis, marcar a opção “Outra” e escrever o nome. Caso nem a espécie nem o complexo tenham sido identificados, marcar a opção “Sem identificação”.

Peso (Kg)*: aferir o peso do indivíduo e registrar o valor neste campo utilizando até três casas decimais.

Altura (cm): medir a altura do indivíduo e registrar o valor em centímetros, como por exemplo: 1 metro e setenta, registrar 170 cm.

Forma clínica*: preencher a forma clínica (pulmonar ou extrapulmonar). Se extrapulmonar ou ambas identificar o(s) tipo(s) extrapulmar(res) de acordo com os seguintes campos: 1=Pleural, 2=Ganglionar periférica, 3=Geniturinária, 4=Óssea, 5=Ocular, 6=Miliar, 7=Meningoencefálica, 8=Cutânea, 9=Laríngea e 10=Outra (escrever o nome da outra forma clínica em letra de forma legível, sem o uso de abreviações).

Data do diagnóstico*: data em que foi realizado o diagnóstico atual de MNT.

Populações Especiais

Populações especiais*: registrar se o indivíduo a ser notificado pertence à população especial dentro das seguintes categorias: profissional de saúde, imigrante, pessoa privada de

a) Unidade de saúde de origem: unidade responsável pelo encaminhamento do indivíduo para a unidade de saúde que realizou diagnóstico diferencial de tuberculose e/ou acompanhamento do MNT

liberdade, e pessoa em situação de rua, marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Caso o indivíduo seja imigrante, informar o nome do país de cidadania em letra de forma legível, sem o uso de abreviações.

Doenças e Agravos Associados

Doenças e agravos associados*: informar presença de doença/agravo ou condição associada (aids, abuso de álcool, diabetes, hepatites virais B/C, insuficiência renal/hemodiálise, neoplasia, silicose, tabagismo, transplantado, doença mental, uso de corticoterapia prolongada, uso de drogas ilícitas, usuários de inibidores de TNF alfa), marcando para cada item selecionado se o status é “Sim”, “Não” ou “Ignorado”. Se houver outra (o) doença/agravo associado, preencher o nome.

Tratamentos anteriores para tuberculose

Tratamentos anteriores para tuberculose*: preencher se há histórico de tratamento de tuberculose. Se a resposta for sim registrar todos os tratamentos realizados e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento (R:Rifampicina, H:Isoniazida, Z: Pirazinamida, E: Etambutol, Rfb: Rifabutina, S: Estreptomina, Am: Amicacina, Cm: Capreomicina, Ofx: Ofloxacino, Lfx: Levofloxacino, Mfx:Moxifloxacino, Trd: Terizidona, ET: Etionamida, Lzd: Linezolida, Cfz: clofazimina, PAS: Ácido Paraminossalicílico, Bdq: Bedaquilina, Clr: Claritromicina ou Outro). Registrar o mês e ano do início do tratamento, e o **resultado final do tratamento***, podendo ser selecionado para este último campo os itens: 1 = Cura, 2=Tratamento completo, 3=Abandono, 4=Mudança de diagnóstico, 5=Falência, 6=Mudança de esquema e 7=TB DR.

Exames complementares

Exame de Baciloscopia*: preencher o status do exame de baciloscopia, selecionando as opções (Não realizado, Negativo, Positivo 1 a 9 bacilos, Positivo com (+), (++) ou (+++)). Se a baciloscopia tiver sido realizada, especificar o tipo de **Material****(Escarro ou outro material), a **Data de coleta**** e a **Data do Resultado****.

Exame de Cultura*: preencher o status do exame de cultura, selecionando as opções (Não realizado, Negativo, Positivo ou Contaminado). Se a o exame de cultura tiver sido realizado, especificar o tipo de **Material****(Escarro ou outro material), **Data de coleta****, **Data do Resultado** e o **Laboratório ****(Público ou Privado).

Teste rápido molecular*: registrar se houve a realização do teste rápido molecular (TRM) e o **resultado***, selecionando as opções: 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 ou Inválido. Se o TRM tiver sido realizado, preencher a **Data de coleta**** e a **Data do resultado**.

Outro exame de biologia molecular*: Preencher se foi realizado outro exame de biologia molecular. As opções para este campo são: “Não realizado”, “Complexo M.tuberculosis” e “Negativo”. Casos tenha sido realizado, preencher os campos **Data de coleta**** e **Data do Resultado**.

Teste de sensibilidade*: preencher se houve a realização ou não do teste de sensibilidade. Se realizado, informar o resultado do exame do teste de sensibilidade para cada um dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol,

Estreptomicina, Amicacina, Capreomicina, Kanamicina, Levofloxacino e Moxifloxacino. O resultado do exame é classificado em NR = não realizado, S = sensível, R = resistente ou C= contaminado. Se realizado, preencher **Data de coleta****, **Data do resultado e Método** (Proporções ou Automatizado).

Radiografia de Tórax*: preencher status da radiografia de tórax (Não realizado, Unilateral cavitária, Unilateral não cavitária, Bilateral cavitária, Bilateral não cavitária, Normal). Se a radiografia tiver sido realizada, preencher a **Data da radiografia de tórax***.

HIV*: preencher status do exame de HIV (Positivo, Negativo, Não realizado).

Tratamento atual

UF de tratamento*: anotar o nome do Estado o qual pertence a unidade de tratamento do indivíduo notificado no SITE-TB.

Município de Tratamento**: anotar o nome do município no qual o indivíduo notificado no SITE-TB realiza tratamento.

Unidade de Saúde de tratamento*: anotar o nome da unidade de saúde de tratamento do indivíduo notificado no SITE-TB.

Data de Início do Tratamento*: registrar a data de início do tratamento atual de MNT.

Regime de tratamento*: Selecionar se o esquema é padronizado ou individualizado. Se o esquema for individualizado, após o encerramento da notificação no SITE-TB, será apresentada uma janela em que serão solicitadas mais informações sobre o tratamento, tanto na fase intensiva quanto na de manutenção. Nessa janela, será necessário selecionar a **Medicação**** (nome do medicamento) e, depois disso, identificar os **Meses da prescrição**** (duração do tratamento), a **Dose unitária**** (a dosagem do medicamento a ser administrada Ex: utilizar cápsulas de 300 mg do medicamento X) e a **Frequência**** (Ex. 3 comprimidos, 1 vez ao dia, 5 vezes na semana).

Consulta atual

Registrar a **Data da consulta atual***, a **Data da próxima consulta**, o **Nome do profissional*** que prestou as informações acima, a sua **Função***, bem como informações adicionais por meio do campo das **observações**.

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