

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

**\*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 do SINAN referente ao último tratamento para TB realizado pelo indivíduo que está sendo notificado no SITE-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<sup>a</sup> 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 (mudança de esquema, após abandono de esquema especial, recidiva após esquema especial ou falência).

**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.

**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).

### 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 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.

a) Unidade de saúde de origem: unidade responsável pelo encaminhamento do indivíduo para tratamento na unidade de saúde secundária/terciária

## 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 anterior. Se a resposta for sim registrar todos os tratamentos realizados anteriormente e marcar os medicamentos utilizados em cada tratamento (R:Rifampicina, H:Isoniazida, Z: Pirazinamida, E: Etambutol, Rfb: Rifabutina, S: Estreptomicina, 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.

**Contato de TB\*:** informar se o indivíduo com tuberculose é contato de uma pessoa com TB ativa pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial. Caso seja contato de TB, inserir o nome do caso fonte como “nome do contato”, considerando que o caso fonte corresponde ao caso infectante, não necessariamente ao primeiro caso identificado. Escrever o nome em letra de forma legível, sem o uso de abreviações, acentos ou caracteres especiais.

## 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, selecionado 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**. Obs: É possível o preenchimento da realização de até três testes.

**Teste de hibridização com sonda em linha (LPA):** Preencher se o teste de LPA foi realizado e, se sim, preencher o resultado levando em consideração o medicamento e o respectivo gene testado. Os possíveis resultados são: NR=não realizado, MND=mutação não detectada (sensível) e MD = mutação detectada (resistente). Se o teste tiver sido realizado, preencher o **Material\*** e a **Data da Coleta \***.

**Outro exame de biologia molecular\*:** Preencher se foi realizado outro exame de biologia molecular. As opções para esta 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 pode ser classificado como 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 o 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 tuberculose.

**Regime de tratamento\***: Selecionar se o esquema é padronizado ou individualizado. Se for padronizado, selecionar o esquema, de acordo com as opções apresentadas na ficha de notificação. 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).

**Avaliação de contatos\***: Registrar **Número de contatos identificados\*** e o **Número de contatos examinados\*\***.

### **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