

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

***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^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 TBDR, após abandono de tratamento de TBDR, recidiva de TBDR, falência ao tratamento de TBDR, mudança do padrão de resistência de TBDR ou mudança de esquema de TBDR). Se mudança de esquema preencher os **motivos**** em letra de forma legível, sem o uso de abreviações.

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.

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

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

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.

Tipo de resistência atual*: registrar se a resistência é primária ou adquirida.

Resistência primária ocorre em indivíduos que nunca tenham sido submetidos ao tratamento antituberculose previamente. Esses pacientes adquirem a infecção tuberculosa de outra pessoa portadora de cepas resistentes.

Resistência adquirida está associado ao uso irregular e/ou incorreto dos fármacos, e emerge lentamente por seleção de cepas naturalmente resistentes.

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 drogarresistente.

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. Os sinais + e – seguidos da letra “S”, significam presença (+) ou ausência (-) de resistência a Estreptomicina (S). 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