SITETB

Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose

AVALIAÇÃO DE CONTATOS **FORMULÁRIO PARA REGISTRO DOS CONTATOS E CONDUTAS CLÍNICAS**

Nº	Nome	Sexo	Idade	Tipo	Examinado	Sintomático	BCG	PPD	RX	BK	Cultura	Conduta	Início	Desfecho	Término

Instrutivo de preenchimento

Sexo: M (masculino) ou F (feminino)	**Radiografia:** Normal / Sugestivo de TB / Seqüela / Outras doenças ou
Idade: anos completos	Não, para não realizado
Tipo: (1) intradomiciliar (2) trabalho / escola (3) social / comunitário	**BK:** negativa / positiva / + / ++ / +++ / não realizada
(4) profissional de saúde (5) nosocomial	**Cultura:** negativa / positiva / + / ++ / +++ / contaminada / não realizada
(6) asilo para idosos (7) abrigo para menores	**Conduta:** (Obs.) observação / (TIL-H) tratamento da infecção latente com Isoniazida
(8) albergue para população em situação de rua	/ (TIL-R) Tratamento da infecção latente com Rifampicina
(9) Instituição prisional (10) outro	(TIL-O) outros medicamentos / (EB) Esquema Básico / (EI) esquema individualizado
Examinado: Sim ou Não*→ (*não preencher os outros campos)	**Início:** data de início do tratamento da infecção latente ou do tratamento da doença
Sintomático: Sim ou não	**Desfecho:** completo / interrompido por efeitos adversos / abandono / adoecimento
Presença de cicatriz de BCG: Sim ou Não	por TB / óbito / ignorado / outro – qual:
PPD: registrar o valor em milímetros ou Não, para não realizado	**Término:** data do encerramento do tratamento da IL ou do tratamento da doença

Email: crphftbmr@ensp.fiocruz.br