

DADOS GERAIS																
Nome:												Nº Prontuário na US:				
												Nº SITETB:				
Mês de Tratamento:						Alteração do endereço e Telefone: (1) Não (2) Sim (preencher abaixo)										
US de Referência:						Endereço:										
Município:						UF:						Telefone:				
EVOLUÇÃO DO CASO																
Clínica (1) favorável (2) inalterada (3) desfavorável (4) falência												Peso atual				
Baciloscopia						Resultado: (1) negativa (3) (+) () não realizada (2) positiva (sem +) (4) (++) (5) (+++)						Data da coleta: / /				
												Data do resultado: / /				
Cultura () não realizada						Biologia molecular (1) <i>M. tuberculosis</i> (3) negativa (2) Micobactéria não TB (4) não realizada										
Resultado: (1) negativa (3) (+) (2) positiva (4) (++) (sem +) (5) (+++) (6) Contaminada						Data da coleta: / /						Data da Coleta: / /				
						Data do resultado: / /						Data do resultado: / /				
Método:						Laboratório:						Método:				
												Laboratório:				
Teste de sensibilidade () não realizado (Nas caixas abaixo de cada medicamento, marque: S: sensível R: resistente C: contaminado)																
R	H	Z	E	S	Et	Ofx	Trd	Cfz	Am	Km	Cp	Lfx	Mfx	PAS	Outros	
Data do resultado: / /						Método:						Laboratório:				
Exame para HIV (1) positivo (2) negativo (3) em andamento (4) não realizado												Data do resultado: / /				
Radiologia () não realizada						Data do resultado: / /										
Padrão radiológico: (1) Unilateral cavitária (3) Bilateral cavitária (2) Unilateral não cavitária (4) Bilateral não cavitária						Evolução: (1) Melhorada (2) Piorada (3) Inalterada										
TRATAMENTO																
Efeitos (1) hiperpigmentação cutânea (7) alteração auditiva (13) alterações eletrolíticas						Tratamento Supervisionado:										
Adversos: (2) alteração mental (8) alteração visual (14) hipotireoidismo						(1) Sim										
() Nenhum (3) insônia (9) alteração renal (15) hiperuricemia						(2) Não										
(4) intolerância gastrointestinal (10) neuropatia periférica (16) urina de cor alaranjada						Local:										
(5) cefaléia (11) alterações sanguíneas (17) vertigem e nistágmo																
(6) dor articular (12) reações alérgicas (18) outro:																
Alteração no esquema terapêutico: (1) Não (2) Sim (Informar e justificar a alteração)																
Medicação	Dosagem	Dose unitária	Frequência	Tempo de uso	Medicação	Dosagem	Dose unitária	Frequência	Tempo de uso							
Justificativa:																
SITUAÇÃO DO CASO																
(1) em tratamento (5) falência (9) mudança de esquema						(10) TBDR										
(2) cura (6) óbito (11) mudança de diagnóstico						(12) outra:										
(3) tratamento completo (7) óbito por outra causa																
(4) abandono (8) transferência para outro país																
OUTRAS INFORMAÇÕES																
Data da consulta atual: / /										Data da próxima consulta: / /						
Profissional:										Função:						