



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN		RG	N. CARTÃO SUS	
NOME			SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC. <input type="checkbox"/> 2. FEM.	NACIONALIDADE: PAÍS/ ESTADO
DATA DE NASCIMENTO	BENEFICIÁRIO DE PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA <input type="checkbox"/> 1. SIM 2. NÃO 9. IGN		GESTANTE <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	ESCOLARIDADE ANOS DE ESTUDO COMPLETOS
NOME DA MÃE			ETNIA <input type="checkbox"/> 1. BRANCO 3. AMARELO 5. INDÍGENA <input type="checkbox"/> 2. PRETO 4. PARDO 9. IGNORADO	
OCUPAÇÃO		<input type="checkbox"/> 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE 3. DESEMPREGADO 5. DONA DE CASA 7. OUTRA <input type="checkbox"/> 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO 4. APOSENTADO 6. DETENTO		

ENDEREÇO

TIPO DE ENDEREÇO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO PADRÃO <input type="checkbox"/> DETENTO <input type="checkbox"/> SEM RESID. FIXA <input type="checkbox"/> RESIDE EM OUTRO ESTADO <input type="checkbox"/> RESIDE EM OUTRO PAÍS			TELEFONE
ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	SUAVIS RESIDÊNCIA	INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/>
CEP	LOGRADOURO		1. INSTIT. PENAL 2. ALBERGUE 3. ASILO 4. ORFANATO 5. HOSP. PSIQ. 6. CASA DE APOIO/RECUPERAÇÃO 8. NÃO 9. IGN.
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	DISTRITO

NOTIFICAÇÃO

CNES	UNIDADE	PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	

TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR DE TB <input type="checkbox"/> 1. CASO NOVO (1º TRATAMENTO DE TB) <input type="checkbox"/> 2. RECIDIVA (TRAT. ANTERIOR ENCERRADO POR CURA) <input type="checkbox"/> 3. RETRATAMENTO APÓS ABANDONO	4. NÃO SABE 5. SIM, ENCERRADO POR INTOLERÂNCIA/TOXICIDADE 6. SIM, ENCERRADO POR FALÊNCIA/RESISTÊNCIA 9. SEM INFORMAÇÃO
TRATAMENTO ATUAL	
DATA DE INÍCIO: ___/___/___	DATA DO DIAGNÓSTICO: ___/___/___

FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	1. PULMONAR	5. GANGL. PERIFÉRICA	8. GENITAL	11. PELE	16. OUTRAS, QUAL?
			3. MENINGEA	6. ÓSSEA	9. INTESTINAL	13. LARÍNGEA	
			4. PLEURAL	7. VIAS URINÁRIAS	10. OFTÁLMICA	15. MILIAR	17. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

DESCOBERTA

Local de Descoberta:

<input type="checkbox"/> 1. DEMANDA AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> 3. ELUCIDAÇÃO DIAG. EM INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO
<input type="checkbox"/> 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS	<input type="checkbox"/> 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE	<input type="checkbox"/> 9. IGNORADO

EXAMES COMPLEMENTARES

TESTE MOLECULAR RÁPIDO TB (TMR-TB)		
<input type="checkbox"/> 1. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA SENSÍVEL	<input type="checkbox"/> 3. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA INDETERMINADO	<input type="checkbox"/> 5. TESTE INVÁLIDO
<input type="checkbox"/> 2. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA RESISTENTE	<input type="checkbox"/> 4. MTB NÃO DETECTADO	<input type="checkbox"/> 8. NÃO REALIZADO
<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE ESCARRO ___/___/___	<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL ___/___/___ Material: _____	1. Positivo 2. Negativo 3. Em andamento 8. Não Realizado 9. Sem informação
<input type="checkbox"/> CULTURA DE ESCARRO ___/___/___	<input type="checkbox"/> CULTURA DE OUTRO MATERIAL ___/___/___ Material: _____	
<input type="checkbox"/> HIV	TERAPIA ARV <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	TESTE DE SENSIBILIDADE SOLICITADO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO DATA COLETA ___/___/___
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	1. Normal	OUTRO EXAME PPD _____ mm ___/___/___ ADA _____ ___/___/___ OUTROS: _____ ___/___/___
<input type="checkbox"/> RX OUTRO	2. Suspeita de TB	
<input type="checkbox"/> US TÓRAX	3. Suspeita de TB c/ cavidade	
<input type="checkbox"/> US ABDÔMEN	4. Outra Patologia	
<input type="checkbox"/> TC TÓRAX	8. Não Realizado	
<input type="checkbox"/> C ABDÔMEN	9. Sem informação	
<input type="checkbox"/> TC CRÂNIO	<input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO MATERIAL: _____	
	<input type="checkbox"/> NECRÓPSIA	
	1. BAAR Positivo 2. Sugestivo de TB 3. Em andamento 4. Não Sugestivo de TB 8. Não Realizado 9. Sem informação	

AGRAVOS ASSOCIADOS

AGRAVOS ASSOCIADOS

AIDS ALCOOLISMO DROGADIÇÃO DIABETES DOENÇA MENTAL OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO
 TABAGISMO NENHUM OUTRAS (especificar) _____

TRATAMENTO

ESQUEMA USADO

RIFAMPICINA (R) ETAMBUTOL (E) LEVOFLOXACINA (LEVO) OUTRAS DROGAS (especificar) _____
 ISONIAZIDA (H) ESTREPTOMICINA (S) TERIZIDONA (T) _____
 PIRAZINAMIDA (Z) ETIONAMIDA (Et) AMICACINA (A) _____

TIPO DE TRATAMENTO

1. SUPERVISIONADO
2. AUTO-ADMINISTRADO
3. SEM INFORMAÇÃO

INTERNAÇÃO

CNES 	HOSPITAL _____
DATA DA INTERNAÇÃO ____/____/____	MOTIVO <input type="checkbox"/> 1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA 5. ABSCESSO 9. CAQUEXIA 13. NÃO ADESÃO AO TRAT. <input type="checkbox"/> 2. HEMOPTISE 6. AIDS 10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA 99. SEM INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/> 3. MENINGITE 7. DIABETES 11. CAUSAS SOCIAIS <input type="checkbox"/> 4. TB MILIAR 8. INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA 12. OUTROS (Especificar) _____
DATA DA ALTA HOSPITALAR ____/____/____	TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> 1. CURA 5. ALTA P/ TRAT. AMBULATORIAL 9. SEM INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/> 2. A PEDIDO 6. TRANSF. P/ OUTRO HOSPITAL 10. EVASÃO <input type="checkbox"/> 3. DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> 4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO 7. ÓBITO POR TB 8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA

CONTATOS

NÚMERO DE CONTATOS EXISTENTES

NOME COMPLETO SEM ABREVIATURA	DT. NASC.	TIPO DE CONTATO (residência, instituição, trabalho, outros)

OBSERVAÇÕES

Nome Social: _____

Transferido para: _____

UBS que realiza o tratamento supervisionado: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

PREENCHER ESTA FICHA PARA:

1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente. Reinícios de tratamento com novo esquema devem também ser notificados.
2. Doente identificado por exame bacteriológico positivo, mesmo sem início de tratamento.
3. Doente que tenha sido identificado como tal após o óbito.

PRAZO DE ENVIO:

Enviar para digitação no prazo máximo de 1 semana. Os exames em andamento não devem atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente.

ITENS:

Identificação: Registrar sem abreviações.

Escolaridade: Número de anos de estudo completos. Por exemplo: se o doente completou até a 5ª série do ensino fundamental, registrar 5.

Nome Social: Registrar no campo observações.

TRATAMENTO

Histórico de tratamento anterior: Registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho.

Casos recebidos por transferência para continuidade do tratamento – informar código 1 (Caso novos) se o paciente estiver em seu primeiro tratamento de tuberculose.

Descoberta: Registrar a forma de descoberta no serviço de origem.

Utilização de ARV: Para pacientes HIV positivo, registrar o uso de ARV durante o tratamento da tuberculose.