



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		SUVIS 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ___/___/___		1. Positivo 2. Negativo 3. Em andamento 8. Não Realizado 9. Sem informação		
<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL ___/___/___ Material _____				
<input type="checkbox"/> CULTURA DE ESCARRO ___/___/___		TESTE DE SENSIBILIDADE SOLICITADO <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO DATA COLETA ___/___/___		
<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		OUTRO EXAME PPD _____ mm ___/___/___ ADA _____ ___/___/___ OUTROS: _____ ___/___/___		
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	1. Normal			<input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> RX OUTRO	2. Suspeita de TB			MATERIAL: _____
<input type="checkbox"/> US TÓRAX	3. Suspeita de TB c/ cavidade			<input type="checkbox"/> NECRÓPSIA
<input type="checkbox"/> US ABDÔMEN	4. Outra Patologia			
<input type="checkbox"/> TC TÓRAX	8. Não Realizado			
<input type="checkbox"/> TC ABDÔMEN	9. Sem informação			
<input type="checkbox"/> TC CRÂNIO		1. BAAR Positivo		
		2. Sugestivo de TB		
		3. Em andamento		
		4. Não Sugestivo de TB		
		8. Não Realizado		
		9. Sem informação		

