

CASO DE TB DR																				
IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO																				
1) Nome de registro*:										2) Nome social:										
3) Data de nascimento*: ____/____/____					4) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino					5) Gestante*: ( ) 1º trim ( ) 2º trim ( ) 3º trim ( ) Idade gestacional ignorada ( ) Não ( ) Ignorado/Não sabe ( ) Não se aplica										
6) Raça/Cor*: ( ) branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena ( ) ignorada										7) Escolaridade (anos de estudo)*: ( ) nenhuma ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 7 ( ) de 8 a 11 ( ) 12 ou + ( ) Ignorada										
8) Cartão Nacional de Saúde:										9) Número do Sinan:										
10) Nome da mãe*:										11) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____					12) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____					
DADOS DE RESIDÊNCIA																				
13) UF de residência*:					14) Município de residência*:					15) Logradouro*:										
16) Nº:			17) Bairro:					18) Complemento (apto., casa,...):												
19) Regional/Distrito de Saúde do município:															20) CEP: _____-_____-____					
DADOS DE NOTIFICAÇÃO																				
21) UF de origem*:					22) Município de origem*:					23) Unidade de Saúde (US) de origem*:										
24) Tipo de entrada*: ( ) 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 ( ) Mudança de esquema de TBDR. Motivo**:																				
25) Peso (Kg)*:										26) Altura (cm):										
27) Forma Clínica (marque a forma clínica e, em seguida, indique a numeração do tipo extrapulmonar, segundo legenda abaixo)*: ( ) Pulmonar. ( ) Extrapulmonar. Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ ( ) Ambas (pulmonar + extrapulmonar). Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ Tipos extrapulmonares: (1) Pleural (2) Ganglionar (3) Geniturinária (4) Óssea (5) Ocular (6) Miliar (7) Meningoencefálica (8) Cutânea (9) Laringea (10) Outra: _____																				
POPULAÇÕES ESPECIAIS																				
28) Profissional de saúde*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										29) Imigrante*: ( ) Sim. País: _____ ( ) Não ( ) Ignorado										
30) Pessoa privada de liberdade*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										31) Pessoa em situação de rua*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS																				
32) Aids*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										33) Abuso de álcool*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
34) Diabetes*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										35) Hepatites virais (B/C)*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
36) Insuficiência renal/hemodiálise*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										37) Neoplasia*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
38) Silicose*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										39) Tabagismo*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
40) Transplantado(a) de medula óssea*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										41) Transplantado(a) de órgão sólido*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
42) Doença Mental*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										43) Uso de corticoterapia prolongada*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
44) Uso de drogas ilícitas*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										45) Usuários de imunobiológicos*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado										
46) Outra(o):																				
TRATAMENTOS ANTERIORES PARA TUBERCULOSE																				
47) Histórico de tratamento anterior*: ( ) Sim ( ) Não Se sim, nº de tratamentos anteriores: ( )																				
Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																		Resultado* <sup>b</sup>	
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro <sup>a</sup>	
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
<sup>a</sup> Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____																				
<sup>b</sup> Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR																				
48) Tipo de resistência atual*: (1) primária (2) adquirida																				
49) Contato de TB*: ( ) Sim ( ) Não Se sim, nome do contato:																				

**EXAMES COMPLEMENTARES**

**50) Exame de Baciloscopia\*:** ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo 1 a 9 bacilos ( ) Positivo + ( ) Positivo ++ ( ) Positivo +++

**Material\*\*:** ( ) Escarro ( ) Outro material **Data de coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**51) Exame de Cultura\*:** ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo ( ) Contaminado

**Material\*\*:** ( ) Escarro ( ) Outro material **Data de coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Laboratório\*\*:** ( ) Público ( ) Privado

**52) Teste Rápido Molecular**

**Resultado 1 (R1)\*:** ( ) 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 ( ) Inválido

**Data de coleta do R1\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 1:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado 2 (R2)\*:** ( ) 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 ( ) Inválido

**Data de coleta do R2\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 2:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado 3 (R3)\*:** ( ) 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 ( ) Inválido

**Data de coleta do R3\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado 3:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**53) Teste de hibridização com sonda em linha (LPA)\*:** ( ) Realizado ( ) Não realizado

**Material\*\*:** ( ) Escarro ( ) Outro material **Data da coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nas caixas ao lado de cada gene, escreva: NR - não realizado, MND - mutação não detectada (sensível), MD - mutação detectada (resistente)**

Medicamento	Gene	Medicamento	Gene
Rifampicina (R)	<i>rpoB</i> **	Aminoglicosídeos	<i>rrs</i> ** <i>eis</i> **
Isoniazida (H)	<i>inhA</i> ** <i>katG</i> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> ** <i>gyrB</i> **

**54) Outro exame de biologia molecular\*:** ( ) Não realizado ( ) Complexo *M. tuberculosis* ( ) Negativo

**Data de coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**55) Teste de Sensibilidade\*:** ( ) Realizado ( ) Não realizado

**Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou C: contaminado**

Rifampicina(R) **	Isoniazida (H) **	Pirazinamida (Z) **	Etambutol (E) **
Estreptomicina(S) **	Amicacina (Am) **	Capreomicina (Cm) **	Kanamicina (Km) **
Levofloxacino (Lfx) **	Moxifloxacino (Mfx) **		

**Data de coleta\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data do resultado:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Método:** ( ) Proporções ( ) Automatizado

**56) Radiografia de tórax\*:** ( ) Não realizado ( ) Unilateral cavitária ( ) Unilateral não cavitária  
 ( ) Bilateral cavitária ( ) Bilateral não cavitária ( ) Normal

**57) Data da radiografia de tórax\*\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**58) HIV\*:** ( ) Não realizado ( ) Negativo ( ) Positivo

**59) TARV\*:** ( ) Sim ( ) Não

**TRATAMENTO ATUAL**

**60) UF\*:** \_\_\_\_\_ **61) Município de Tratamento\*:** \_\_\_\_\_ **62) US de Tratamento\*:** \_\_\_\_\_

**63) Data de Início do Tratamento\*:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**64) Regime de tratamento\*:** ( ) Padronizado [responda a questão 64.1] ( ) Individualizado [responda a questão 64.2]

**64.1) Caso tenha selecionado "Padronizado", selecione o regime de tratamento abaixo:**

( ) Monorresistência à Isoniazida 1	2RLfxZE/7RLfxE	( ) Polirresistência H +E + Z (+/- S) (>55Kg)	2RLfxAm <sub>5</sub> Trd/7RLfxTrd
( ) Monorresistência à Isoniazida 2	9RHZE/Lfx	( ) Polirresistência H + Z (+/- S)	2RLfxAm <sub>5</sub> E/7RLfxE
( ) Monorresistência à Isoniazida 3	9RHZE	( ) Polirresistência R + E e/ou Z (+/-S) (56-70kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdEtH
( ) Monorresistência à Isoniazida 4	2RHZE/7RH	( ) TBMDR1- R+H (+/-S) (56 a 70Kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEZ/10LfxTrdE
( ) Monorresistência à Rifampicina 1	2CAM <sub>5</sub> HLfxEZ/10HLfxEZ	( ) TBMDR2 - R+H+E (+/- Z e/ou S) (56 a 70Kg)	8Am <sub>3</sub> LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt
( ) Monorresistência à Rifampicina 2	8CAM <sub>3</sub> LfxTrdEZ/10LfxTrdEH	( ) TBXDR ou falência de MDR	8Am <sub>3</sub> MfxLzdCfzPASH <sup>h</sup> / 4MfxLzdCfzH <sup>h</sup> PAS/6MfxCfzH <sup>h</sup> PAS
( ) Polirresistência H + E (+/- S) (51-70Kg)	2RLfxZAm <sub>5</sub> /7RLfx		

**64.2) Caso tenha selecionado "Individualizado", escreva os medicamentos nos campos abaixo:**

Medicação**	Meses de prescrição**	Dose unitária**	Frequência**

**65) Avaliação de contatos: Número de contatos identificados\*:** \_\_\_\_\_ **Número de contatos examinados\*:** \_\_\_\_\_

**CONSULTA ATUAL**

66) Data da consulta atual\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

67) Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

68) Nome do Profissional \*:

69) Função\*:

70) Observações:

**Legenda:** \* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior