

CASO DE TB																				
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*: () Mudança de esquema. () Após abandono de esquema especial () Recidiva após esquema especial () Falência Se Mudança de esquema – motivo***: () Hepatopatia prévia () Hepatotxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa () Alterações visuais () Alterações renais () Comorbidade																				
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) Laríngea (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")																				
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro ^a	Resultado* ^b
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
^a Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____																				
^b Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR																				
48) Contato de TB*: () Sim () Não Se sim, nome do contato: _____																				

EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

Material**: () Escarro () Outro material

Data de coleta**: ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____ Laboratório**: () Público () Privado

51) 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: ____/____/____

52) 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> **	Fluoroquinolonas	<i>gyrA</i> **
	<i>katG</i> **		<i>gyrB</i> **

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

Data de coleta**: ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____

54) 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

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

56) Data da radiografia de tórax*: ____/____/____

57) HIV*: () Não realizado () Negativo () Positivo

58) TARV*: () Sim () Não

TRATAMENTO ATUAL

59) UF*: 60) Município de Tratamento*: 61) US de Tratamento*:

62) Data de Início do Tratamento*: ____/____/____

63) Regime de tratamento*: () Padronizado [responda a questão 63.1] () Individualizado [responda a questão 63.2]

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

() Hepatopatia 1	9RELfx	() Substituição da Isoniazida	2RZELfx/4RELfx
() Hepatopatia 2	5Cm3ELfx/7ELfx	() Substituição da Pirazinamida	2RHE/7RH
() Insuficiência renal	2RHZE3-RH4/4RH	() Substituição do Etambutol	2RHZ/4RH
() Substituição da Rifampicina	2HZELfx/10HELfx	() TB falência 1	8Cm3LfxTrdEZ/10LfxTrdE
() TB falência 2	8Cm3LfxTrdEtZ/10LfxTrdEt		

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

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

64) Avaliação de contatos:

Número de contatos identificados*: ____

Número de contatos examinados*: ____

CONSULTA ATUAL

65) Data da consulta atual*: ____/____/____

66) Data da próxima consulta: ____/____/____

67) Nome do Profissional *:

68) Função*:

69) Observações:

Caso de TB

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