



Nº SINAN										RG										Nº CARTÃO NAC. SAÚDE														
NOME																																		
SEXO					DATA DE NASCIMENTO										NACIONALIDADE										GESTANTE					ESCOLARIDADE				
☐ 1. MASC. ☐ 2. FEM.					____/____/____										☐ 1. BRASIL 2. OUTRO PAÍS (QUAL) _____										☐ 1. SIM 9. IGN. 2. NÃO					____ ____ ____ ANOS DE ESTUDO COMPLETOS				
NOME DA MÃE																																		
ETNIA					OCUPAÇÃO (POR EXTENSO)										TIPO DE OCUPAÇÃO										1. PROFISSIONAL DE SAÚDE 2. PROF. DO SIST. PENITENCIÁRIO 3. DESEMPREGADO 4. APOSENTADO					5. DONA DE CASA 6. DETENTO 7. OUTRA				
☐ 1. BRANCO ☐ 2. PRETO ☐ 3. AMARELO					☐ 4. PARDO 5. INDÍGENA 9. IGNORADO										_____ _____ _____										☐ 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE 2. PROF. DO SIST. PENITENCIÁRIO 3. DESEMPREGADO 4. APOSENTADO					☐ 5. DONA DE CASA 6. DETENTO 7. OUTRA				
CPF(SÓ NÚMEROS)																				BENEFICIÁRIO DE PROG. GOV. TRANSF. RENDA														
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____																				☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO														

TIPO DE ENDEREÇO										TELEFONE	
☐ ENDEREÇO PADRÃO		☐ DETENTO		☐ SEM RESID. FIXA		☐ RESIDE EM OUTRO ESTADO		☐ RESIDE EM OUTRO PAÍS		INSTITUCIONALIZADO ☐ 1. INSTIT. PENAL 2. ALBERGUE 3. ASILO 4. ORFANATO 5. HOSP. PSIQ. 6. CASA DE APOIO 8. NÃO 9. IGNORADO	
ESTADO		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA									
CEP		LOGRADOURO									
Nº	COMPLEMENTO		BAIRRO			ÁREA RESID.		DISTRITO			

CÓD. UNID. (CNES)		UNIDADE	
MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO		DATA DE NOTIFICAÇÃO	PRONTUÁRIO

HISTÓRICO DE TRATAMENTO ANTERIOR	
<input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> 1. CASO NOVO (1º TRATAMENTO DE TB) ☐ 2. RECIDIVA, (TRATAMENTO ANTERIOR ENCERRADO POR CURA) ☐ 3. RETRATAMENTO APÓS ABANDONO	☐ 4. NÃO SABE ☐ 5. TRATAMENTO ANTERIOR ENCERRADO POR FALÊNCIA/RESIST./TOXICIDADE ☐ 9. SEM INFORMAÇÃO
TRATAMENTO ATUAL DATA DE INÍCIO: ____/____/____ DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____	

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

TIPO DE DESCOBERTA

☐	1. DEMANDA AMBULATORIAL 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	3. ELUCIDÇÃO DIAGN. EM INTERNAÇÃO 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS	5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE	7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO 9. SEM INFORMAÇÃO
--------------------------	---	--	---	---

BACTERIOLOGIA			
☐ BACILOSCOPIA DE ESCARRO	☐ BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL	1. POSITIVO 2. NEGATIVO 3. EM ANDAMENTO	8. NÃO REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO
☐ CULTURA DE ESCARRO	☐ CULTURA DE OUTRO MATERIAL		
RADIOLOGIA			
☐ RX DO TÓRAX	☐ RX DE OUTRO	1. NORMAL 2. SUSPEITA DE TB 3. SUSPEITA DE TB COM CAVIDADE	4. OUTRA PATOLOGIA 8. NÃO REALIZADO 9. SEM INFORMAÇÃO
HISTOPATOLÓGICO/NECRÓPSIA		TESTE DE SENSIBILIDADE SOLICITADO	DATA DA COLETA
☐ HISTOPATOLÓGICO	☐ NECRÓPSIA	1. BAAR POSITIVO 2. SUGESTIVO TB	4. NÃO SUGESTIVO TB 8. NÃO REALIZADO
		☐ 1. SIM 2. NÃO	____/____/____
TESTE MOLECULAR RÁPIDO TB (TMR-TB)			
☐ 1. MTB DETECTADO-RIFAMP. SENSÍVEL	☐ 3. MTB DETECTADO-RIFAMP. INDETERMINADO	☐ 5. TESTE INVÁLIDO	
☐ 2. MTB DETECTADO-RIFAMP. RESISTENTE	☐ 4. MTB NÃO DETECTADO	☐ 8. NÃO REALIZADO	
HIV	1. POSITIVO 2. NEGATIVO 3. EM ANDAMENTO	8. NÃO REALIZADO	OUTROS EXAMES
☐			

AGRAVOS ASSOCIADOS

AGRAVOS ASSOCIADOS

☐ AIDS

☐ OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO

☐ DIABETES

☐ DOENÇA MENTAL

☐ ALCOOLISMO

☐ DROGADIÇÃO

☐ TABAGISMO

☐ NENHUM

☐ OUTRAS (especificar) _____

DROGAS E TIPO DE TRATAMENTO

ESQUEMA

☐ RIFAMPICINA (R)

☐ ETAMBUTOL (E)

☐ ISONIAZIDA (H)

☐ OUTRAS DROGAS (especificar)

☐ PIRAZINAMIDA (Z)

UTILIZAÇÃO DE ANTI-RETROVIRAL (ARV)

☐

1. SIM
2. NÃO
8. NÃO SE APLICA

TIPO DE TRATAMENTO

☐

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

INTERNAÇÃO

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

CONTATOS

NÚMERO DE CONTATOS EXISTENTES

NOME	IDADE	TIPO DE CONTATO (residência, instituição, trabalho, outros)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Preencher esta ficha para:

ITENS

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.

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.

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.