



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE**

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

IDENTIFICAÇÃO

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

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			INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> 1. INSTIT. PENAL <input type="checkbox"/> 2. ALBERGUE <input type="checkbox"/> 3. ASILO <input type="checkbox"/> 4. ORFANATO <input type="checkbox"/> 5. HOSP. PSIQ. <input type="checkbox"/> 6. CASA DE APOIO <input type="checkbox"/> 8. NÃO <input type="checkbox"/> 9. IGNORADO	
CEP		LOGRADOURO			
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	ÁREA RESID.	DISTRITO	

NOTIFICAÇÃO

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

TRATAMENTO

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

FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. PULMONAR 3. MENINGEA 4. PLEURAL	5. GANGL. PERIFÉRICA 6. ÓSSEA 7. VIAS URINÁRIAS	8. GENITAL 9. INSTESTINAL 10. OFTÁLMICA	11. PELE 13. LARÍNGEA 15. MILIAR	16. OUTRA (QUAL) 17. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

DESCOBERTA

TIPO DE DESCOBERTA			
<input type="checkbox"/> 1. DEMANDA AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> 3. ELUCIDAÇÃO DIAGN. 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. SEM INFORMAÇÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

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

AGRAVOS ASSOCIADOS

AGRAVOS ASSOCIADOS					
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DROGADIÇÃO
<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> NENHUM	<input type="checkbox"/> OUTRAS (especificar) _____			

DROGAS E TIPO DE TRATAMENTO

ESQUEMA	UTILIZAÇÃO DE ANTI-RETROVIRAL (ARV)	TIPO DE TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA (R) <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL (E) <input type="checkbox"/> ISONIAZIDA (H) <input type="checkbox"/> OUTRAS DROGAS (especificar) _____ <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA (Z)	<input type="checkbox"/> 1. SIM 2. NÃO 8. NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> 1. SUPERVISIONADO 2. AUTO-ADMINISTRADO 9. SEM INFORMAÇÃO

INTERNAÇÃO

CNES	HOSPITAL		
DATA DA INTERNAÇÃO	MOTIVO		
____/____/____	1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	5. ABSCESSO	9. CAQUEXIA
	2. HEMOPTISE	6. AIDS	10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA
	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
____/____/____		2. A PEDIDO	6. TRANSF. P/OUTRO HOSPITAL
		3. DISCIPLINAR	7. ÓBITO TB
		4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO	8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA
			9. SEM INFORMAÇÃO
			10. EVADIU-SE
			13. NÃO ADESAO AO TRAT.
			99. SEM INFORMAÇÃO

CONTATOS

NÚMERO DE CONTATOS EXISTENTES

--	--

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

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 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.

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.