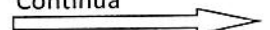


É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.			
DADOS DE NOTIFICAÇÃO			
1) Tipo de entrada*: <input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Reentrada após mudança de esquema <input type="checkbox"/> Reingresso após abandono <input type="checkbox"/> Reexposição		2) Data da notificação*: ____/____/____	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
3) Nome de registro*:		4) Nome social:	
5) Data de nascimento*: ____/____/____	6) Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	7) Gestante***: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	8) Raça/cor*: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado
9) Cartão Nacional de Saúde: _____		10) Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Outra. País: _____	
11) Nome da mãe*:			
DADOS DE RESIDÊNCIA			
12) UF*:	13) Município de residência*:		14) Regional de Saúde:
15) Logradouro*:		16) Nº*:	17) Bairro*:
18) Complemento (apto., casa,...):		19) CEP: _____	20) (DDD) Telefone:
INVESTIGAÇÃO			
21) Descartado TB ativa*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:	
23) BCG*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		24) Radiografia do Tórax*: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteração sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Alteração não sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Não realizada	
25) HIV*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado		26) IGRA*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado	
27) Data da coleta do IGRA: ____/____/____		28) Prova Tuberculínica (PT)*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29) Data da aplicação da última PT: ____/____/____		30) Resultado da última PT***: ____ mm	
31) Contato de TB*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ignorado		32) Nome do caso fonte:	
		33) Número do Sinan: _____	
TRATAMENTO			
34) UF*:		35) Município de tratamento*:	
		36) Regional de Saúde:	
37) Unidade de saúde de tratamento*:		38) Código CNES: _____	
39) Principal indicação para tratamento da ILTB*: <u>Sem PT e sem IGRA realizados</u> (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl (4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB. <u>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</u> (6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl (8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB (9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês) (10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora		<u>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</u> (11) Silicose (12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (13) Neoplasias em terapia imunossupressora (14) Insuficiência renal em diálise (15) Diabetes mellitus (16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) (17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia) (18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia <u>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</u> (19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial (20) Profissionais de saúde (21) Trabalhadores de instituições de longa permanência (22) Outra: _____	
40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____		41) Medicamento*: <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Rifampicina	
		42) Data de início do tratamento*: ____/____/____	

PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.

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

Continua



**ENCERRAMENTO**

43) Nº de doses tomadas: \_\_\_\_\_ 44) Data do término do tratamento\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**45) Situação de encerramento\*:**

- Tratamento completo       Suspenso por reação adversa       Transferido para outro país       Óbito  
 Abandono       Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária       Tuberculose ativa

Observações:

Nome do investigador\*:

Função do Investigador:

Assinatura do Investigador:

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