PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

TUBERCULOSE PULMONAR: PACIENTE COM TOSSE COM EXPECTORAÇÃO POR TRÊS OU MAIS SEMANAS, FEBRE, PERDA DE PESO E APETITE, COM CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA POR BACILOSCOPIA DIRETA E/OU CULTURA E/OU COM IMAGEM RADIOLÓGICA SUGESTIVA DE TUBERCULOSE.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: PACIENTE COM EVIDÊNCIAS CLINÍCAS, ACHADOS LABORATORIAIS, INCLUSIVE HISTOPATOLÓGICOS, COMPATÍVEIS COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR ATIVA, OU PACIENTES COM PELO MENOS UMA CULTURA POSITIVA PARA M. TUBERCULOSIS DE MATERIAL PROVENIENTE DE LOCALIZAÇÃO EXTRAPULMONAR.

DADOS GERAIS

1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO
2 - INDIVIDUAL

2) AGRAVO/DOENÇA
TUBERCULOSE

CÓDIGO (CID 10)
A 16.9

3) DATA DA NOTIFICAÇÃO

4) UF

5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO

CÓDIGO (IBGE)

6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)

CÓDIGO

7) DATA DO DIAGNÓSTICO

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8) NOME DO PACIENTE

9) DATA DE NASCIMENTO

10) (OU) IDADE
1 - HORA
2 - DIA
3 - MÊS
4 - ANO

11) SEXO
M - MASCULINO
F - FEMININO
I - IGNORADO

12)GESTANTE
1- 1º TRIMESTRE 2- 2º TRIMESTRE 3- 3º TRIMESTRE 9- IGNORADO
4 -IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6- NÃO SE APLICA

13) RAÇA / COR
1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA
4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO

14) ESCOLARIDADE
0 - ANALFABETO 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)
2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)
3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)
6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)
7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA

15) NÚMERO DO CARTÃO **SUS**

16) NOME DA MÃE

DADOS DE RESIDÊNCIA

17) UF

18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓDIGO (IBGE)

19) DISTRITO

20) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)

CÓDIGO

21) NÚMERO

22) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)

23) BAIRRO

24) GEO CAMPO 1

25) GEO CAMPO 2

26) PONTO DE REFERÊNCIA

27) CEP

28) (DDD) TELEFONE

29) ZONA
1 - URBANA 2 - RURAL
3 - PERIURBANO 9 - IGNORADO

30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31) Nº DO PRONTUÁRIO

32) OCUPAÇÃO

33) TIPO DE ENTRADA
1 - CASO NOVO 2 - RECIDIVA 3 - REINGRESSO APÓS ABANDONO
4 - NÃO SABE 5 - TRANSFERÊNCIA

34) INSTITUCIONALIZADO
1 - NÃO 2 - PRESÍDIO 3 - ASILO
4 - ORFANATO 5 - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
6 - OUTRO 9 - IGNORADO

DADOS CLÍNICOS

35) RAIO X DO TÓRAX
1 - SUSPEITO 2 - NORMAL 3 - OUTRA PATOLOGIA 4 - NÃO REALIZADO

36) TESTE TUBERCULÍNICO
1 - NÃO REATOR 2 - REATOR FRACO 3 - REATOR FORTE 4 - NÃO REALIZADO

37) FORMA
1 - PULMONAR 2 - EXTRAPULMONAR
3 - PULMONAR + EXTRAPULMONAR

38) SE EXTRAPULMONAR
1 - PLEURAL 4 - ÓSSEA 7 - MENINGOENCEFÁLICO
2 - GÂNG. PERIF. 5 - OCULAR 8 - CULTÂNEA
3 - GENITURINÁRIA 6 - MILIAR 9 - LARINGEA 10 - OUTRA_____

39) AGRAVOS ASSOCIADOS
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO
AIDS ALCOOLISMO DIABETES DOENÇA MENTAL OUTRAS_____

DADOS DO LABORATÓRIO

40) BACILOSCOPIA DE ESCARRO (DIAGNÓSTICO)
1ª AMOSTRA 2ª AMOSTRA
1 - POSITIVA
2 - NEGATIVA
3 - NÃO REALIZADA

41) BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL
1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - NÃO REALIZADA

42) CULTURA DE ESCARRO
1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADA

43) CULTURA DE OUTRO MATERIAL
1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADA

44) HIV
1 - POSITIVO 3 - EM ANDAMENTO
2 - NEGATIVO 4 - NÃO REALIZADO

45) HISTOPATOLOGIA
1 - BAAR POSITIVO 2 - SUGESTIVO DE TB
3 - NÃO SUGESTIVO DE TB 4 - EM ANDAMENTO 5 - NÃO REALIZADO

TRATAMENTO

46) DATA DO ÍNICIO DO TRATAMENTO ATUAL

47) INDICADO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS/DOTS)
1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO

48) DROGAS
1 - SIM
2 - NÃO
RIFAMPICINA ISONIAZIDA PIRAZINAMIDA
ETAMBUTOL ESTREPTOMICINA ETIONAMIDA
OUTRAS: _____

49) NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS

50) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO

INVESTIGADOR

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE

CÓD. DA UNID. DE SAÚDE

NOME

FUNÇÃO

ASSINATURA

SAE - 03010006 - E

SUS
SISTEMA UNICO DE SAÚDE