



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

DOCUMENTO DE TRANSFERÊNCIA

Município de Origem/ Endereço Paciente: _____

Município de Destino/ Endereço: _____

Dados do paciente

Nº SINAN: _____

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Celular: _____

Dados do atendimento

Informações sobre o Diagnóstico

Exame Laboratorial que confirme TB: _____

Baciloscopia de escarro(diagnóstico): () Positiva () Negativa () Não realizada () Não se aplica

Achados Radiológicos: () Suspeito () Normal () Não realizado () Outra patologia

OBS: _____

Informações sobre o tratamento e Orientações para a Gestão do Caso

Data do Início do Tratamento TB: ____/____/____

Forma de Tuberculose: _____

Esquema Terapêutico (medicação prescrita e posologia)

Levou medicação? () Sim () Não Para quantos dias ? _____

OBS: _____

Dados do responsável pelo preenchimento

Nome / Unidade de Saúde: _____

Categoria profissional: _____ Telefone: (____) _____

Celular (opcional): _____ Data: ____/____/____