



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE

É fundamental que haja a exclusão da tuberculose ativa previamente.

| DADOS DE NOTIFICAÇÃO | | | |
|--|---|--|--|
| 1) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reentrada após mudança de esquema () Reingresso após interrupção do tratamento () Reexposição () Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento | | 2) Data da notificação*: ____/____/____ | |
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | | | |
| 3) Nome de registro*: | | 4) Nome social: | |
| 5) Data de nascimento*: ____/____/____ | 6) CPF: ____-____-____ | 7) Sexo*: () Masculino () Feminino | |
| 8) Gestante***: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado | | 9) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado | |
| 10) Cartão Nacional de Saúde: | 11) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____ | 12) Nome da mãe*: | |
| DADOS DE RESIDÊNCIA | | | |
| 13) UF*: | 14) Município de residência*: | 15) Regional de Saúde: | |
| 16) Logradouro*: | | 17) Nº*: | |
| 18) Bairro*: | | | |
| 19) Complemento (apto., casa,...): | | 20) CEP: _____ | |
| 21) (DDD) Telefone: _____ | | | |
| INVESTIGAÇÃO | | | |
| 22) Descartado TB ativa*: () Sim () Não | | 23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**: | |
| 24) BCG*: () Sim () Não () Ignorado | | 25) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada | |
| 26) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado | 27) TARV***: () Sim () Não () Não sabe | 28) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado | |
| 29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____ | | | |
| 30) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não | | 31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____ | |
| 32) Resultado da última PT***: _____ mm | | | |
| 33) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado | | 34) Nome do caso fonte: | |
| 35) Número do Sinan: _____ | | | |
| TRATAMENTO | | | |
| 36) UF*: | | 37) Município de tratamento*: | |
| 38) Regional de Saúde: | | | |
| 39) Unidade de saúde de tratamento*: | | 40) Código CNES: _____ | |
| 41) Principal indicação para tratamento da ILTB*: <u>Sem prova tuberculínica (PT) e sem teste de liberação de interferon-gama (IGRA) realizados</u> (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de tuberculose (TB) pulmonar ou laringea confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cél/mm ³ (4) Pessoas vivendo com HIV/aids 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/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (6) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (7) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (8) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial | | | <p><u>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</u> (9) Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (10) Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior que 350 cél/mm³ (11) Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB (12) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a > 15mg de prednisona por mais de um mês) (13) Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos</p> <p><u>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</u> (14) Silicose (15) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (16) Neoplasias em terapia imunossupressora (17) Insuficiência renal em diálise (18) Diabetes mellitus (19) Pessoas com baixo peso (< 85% do peso ideal) (20) Pessoas tabagistas (>1 maço/dia) (21) Pessoas com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax</p> <p><u>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</u> (22) Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial (23) Profissionais de saúde (24) Trabalhadores de instituições de longapermanência (25) Outra: _____</p> |
| 42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____ | | 43) Medicamento*: () Isoniazida - 9H () Rifapentina + Isoniazida - 3HP () Isoniazida - 6H () Rifampicina - 4R () Rifampicina + Isoniazida - 3RH (dispersíveis pediátricos) | |
| 44) Data de início do tratamento*: ____/____/____ | | 45) TPT prescrito por*: () Enfermeiro () Médico () Outros () Não sabe | |

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



ENCERRAMENTO

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|------------------------------------|
| 46) Nº de doses tomadas: _____ | | | 47) Data do término do tratamento*: ____/____/____ | | |
| 48) Situação de encerramento*: <input type="checkbox"/> Tratamento completo <input type="checkbox"/> Suspenso por reação adversa <input type="checkbox"/> Tuberculose ativa <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Interrupção do tratamento <input type="checkbox"/> Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária <input type="checkbox"/> Transferido para outro país <input type="checkbox"/> Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento | | | | | |
| 49) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito**: <input type="checkbox"/> Causa externa <input type="checkbox"/> Tuberculose (CID A15 a A19) <input type="checkbox"/> Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) <input type="checkbox"/> Hepatite aguda medicamentosa (CID K 71) <input type="checkbox"/> Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8) <input type="checkbox"/> Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) <input type="checkbox"/> Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | | | | |
| Observações: | | | | | |
| Nome do investigador*: | | | Função do Investigador: | | Assinatura do Investigador: |

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior