



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

DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA INTERESTADUAL

Município de Origem/Endereço Paciente: _____

Município de Destino/Endereço: _____

Dados do paciente

Nº SINAN: _____

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: __/__/____

CNS: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Dados do atendimento

Informações sobre o diagnóstico

Exame Laboratorial que confirme TB: _____

Baciloscopia de escarro (diagnóstica): () 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) _____

Foi entregue medicação para o paciente? () sim - Para quantos dias? _____ () não

Dados do responsável pelo preenchimento

Nome / Unidade de Saúde: _____

Telefone: () _____

Email: _____

Data do preenchimento: __/__/____