

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 abandono () 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*: Sem PT e sem IGRA realizados (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. PT ≥ 5mm ou IGRA positivo (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	PT ≥ 10mm ou IGRA positivo (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 Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT) (19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial (20) Profissionais de saúde (21) Trabalhadores de instituições de longa permanência (22) Outra: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____	43) Medicamento*: () Isoniazida () Rifampicina () Rifapentina + isoniazida	44) 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

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

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior