

CASO DE MNT				
IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO				
1) Nome de registro*:		2) Nome social:		
3) Data de nascimento*: ____/____/____	4) Sexo*: () Masculino () Feminino	5) Gestante*: () 1º trim () 2º trim () 3º trim () Idade gestacional ignorada () Não () Ignorado/Não sabe () Não se aplica		
6) Raça/Cor*: () branca () preta () amarela () parda () indígena () ignorada		7) Escolaridade (anos de estudo)*: () nenhuma () de 1 a 3 () de 4 a 7 () de 8 a 11 () 12 ou + () Ignorada		
8) Cartão Nacional de Saúde:		9) Nome da mãe*:		
10) (DDD) Telefone 1: (____) _____ - _____		11) (DDD) Telefone 2: (____) _____ - _____		
DADOS DE RESIDÊNCIA				
12) UF de residência*:	13) Município de residência*:	14) Logradouro*:		
15) Nº:	16) Bairro:	17) Complemento (apto., casa,...):		
18) Regional/Distrito de Saúde do município:			19) CEP: _____ - _____	
DADOS DE NOTIFICAÇÃO				
20) UF de origem*:	21) Município de origem*:	22) Unidade de Saúde (US) de origem*:		
23) Tipo de entrada*: () Caso novo de MNT () Mudança de esquema de MNT () Após abandono de tratamento de MNT () Recidiva de MNT () Falência ao tratamento de MNT				
Se Mudança de esquema – motivo**:() Hepatopatia prévia () Hepatotoxicidade () Intolerância grave () Alergia medicamentosa () Alterações visuais () Alterações renais () Outras doenças				
24) Identificação de espécie*: () Complexo M. abscessus () Complexo M. avium () Complexo M. fortuitum () Complexo M. terrae () M. kansasii () M. abscessus abscessus () M. avium () M. fortuitum () M. gordonae () M. marinum () M. abscessus bolletii () M. intracellulare () M. mucogenicum () M. haemophilum () M. ulcerans () M. abscessus massiliense () M. chimaera () M. malmoense () M. genavense () M. nonchromogenicum () M. chelonae () M. scrofulaceum () M. smegmatis () M. xenopi () M. asiaticum () M. immunogenum () M. simiae () M. szulgai () Sem identificação () Outra _____				
Tipo de exame**:() Padrão () Outros Data de coleta**: ____/____/____ Data do resultado: ____/____/____				
25) Peso (Kg)*:		26) Altura (cm):		
27) Forma Clínica (marque a forma clínica e, em seguida, indique a numeração do tipo extrapulmonar, segundo legenda abaixo)*: () Pulmonar. () Extrapulmonar. Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ () Ambas (pulmonar + extrapulmonar). Tipo(s) extrapulmonar(es)**: _____ Tipos extrapulmonares: (1) Pleural (2) Ganglionar (3) Geniturinária (4) Óssea (5) Ocular (6) Miliar (7) Meningoencefálica (8) Cutânea (9) Laringea (10) Outra: _____				
28) Data do diagnóstico*: ____/____/____				
POPULAÇÕES ESPECIAIS				
29) Profissional de saúde*: () Sim () Não () Ignorado		30) Imigrante*: () Sim. País: _____ () Não () Ignorado		
31) Pessoa privada de liberdade*: () Sim () Não () Ignorado		32) Pessoa em situação de rua*: () Sim () Não () Ignorado		
DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS				
33) Aids*: () Sim () Não () Ignorado		34) Abuso de álcool*: () Sim () Não () Ignorado		
35) Diabetes*: () Sim () Não () Ignorado		36) Hepatites virais (B/C)*: () Sim () Não () Ignorado		
37) Insuficiência renal/hemodiálise*: () Sim () Não () Ignorado		38) Neoplasia*: () Sim () Não () Ignorado		
39) Silicose*: () Sim () Não () Ignorado		40) Tabagismo*: () Sim () Não () Ignorado		
41) Transplantado(a) de medula óssea*: () Sim () Não () Ignorado		42) Transplantado(a) de órgão sólido*: () Sim () Não () Ignorado		
43) Uso de corticoterapia prolongada*: () Sim () Não () Ignorado		44) Uso de drogas ilícitas*: () Sim () Não () Ignorado		
45) Usuários de imunobiológicos*: () Sim () Não () Ignorado		46) Doença estrutural do pulmão*: () Sim () Não () Ignorado		
47) Fibrose cística*: () Sim () Não () Ignorado		48) Outra(o):		

TRATAMENTOS ANTERIORES

49) Histórico de tratamento anterior de TB*: () Sim () Não **Se sim, nº de tratamentos anteriores:** ()

Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																			Resultado* ^b	
	R	H	Z	E	Rfb	S	Am	Cm	Ofx	Lfx	Mfx	Trd	Et	Lzd	Cfz	PAS	Bdq	Clr	Outro ^a		
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					
/																					

^a Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____

^b Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) TB DR (8) mudança do padrão de resistência (9) abandono primário

50) Histórico de tratamento anterior de MNT*: () Sim () Não **Se sim, nº de tratamentos anteriores:** ()

Data de início (mm/aa)	Nas caixas abaixo, marque os medicamentos utilizados em cada tratamento ("X")																				Resultado* ^b	
	Am	S	Cl	Cfz	E	Imp	H	Lzd	Mfx	Rib	R	RH	Azt	Cpx	SMT/TMP	Ert	Imp	Tgc	Tbm	Outro ^a		
/																						
/																						
/																						
/																						
/																						
/																						
/																						

^a Caso tenha utilizado outros medicamentos, preencha o nome dos mesmos: _____

^b Resultado do tratamento: (1) cura (2) tratamento completo (3) abandono (4) mudança de diagnóstico (5) falência (6) mudança de esquema (7) abandono primário

EXAMES COMPLEMENTARES

51) Exame de Baciloscopia*: () Não realizado () Negativo () Positivo 1 a 9 bacilos () Positivo + () Positivo ++ () Positivo +++

Material:** () Escarro () Outro material **Data de coleta**:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

52) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado

Material:** () Escarro () Outro material **Data de coleta**:** ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____ **Laboratório**:** () Público () Privado

53) Exame de Cultura*: () Não realizado () Negativo () Positivo () Contaminado

Material:** () Escarro () Outro material

Data do resultado: ____/____/____ **Laboratório**:** () Público () Privado

54) Teste Rápido Molecular

Resultado*: () Não realizado () MTB não detectado () MTB detectado indeterminado à rifampicina
 () MTB detectado sensível à rifampicina () MTB detectado resistente à rifampicina
 () MTB detectado traços indeterminado à rifampicina () Inválido

Data de coleta:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

55) Teste de Sensibilidade*: () Realizado () Não realizado

Nas caixas ao lado de cada medicamento, escreva: NR: não realizado, S: sensível, R: resistente ou I: intermediário

Rifampicina(R) **	Isoniazida (H) **	Pirazinamida (Z) **	Etambutol (E) **
Estreptomicina(S) **	Amicacina (Am) **	Capreomicina (Cm) **	Kanamicina (Km) **
Levofloxacino (Lfx) **	Moxifloxacino (Mfx) **		

Data de coleta:** ____/____/____ **Data do resultado:** ____/____/____

56) Radiografia de tórax*: () Não realizado () Unilateral cavitária () Unilateral não cavitária
 () Bilateral cavitária () Bilateral não cavitária () Normal

57) Data da radiografia de tórax:** ____/____/____

58) Tomografia Computadorizada*: () Não realizado () Fibrocavitária
 () Broncocalavitária () Outras alterações () Normal

59) Data da tomografia computadorizada:** ____/____/____

60) HIV*: () Não realizado () Negativo () Positivo

61) TARV*: () Sim () Não

TRATAMENTO ATUAL

62) UF*:	63) Município de Tratamento*:	64) US de Tratamento*:	
65) Data de Início do Tratamento*: ____/____/____			
66) Regime de tratamento*:			
66.1 Medicação**	66.2 Meses de prescrição**	66.3 Dose unitária**	66.4 Frequência**

CONSULTA ATUAL

67) Data da consulta atual*: ____/____/____	68) Data da próxima consulta: ____/____/____
69) Nome do Profissional*:	70) Função*:
71) Observações:	

Legenda: * Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior