



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN	RG	N. CARTÃO SUS	
NOME		SEXO ☐ 1. MASC. ☐ 2. FEM.	NATURALIDADE: PAÍS/ ESTADO
DATA DE NASCIMENTO		GESTANTE ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO	ESCOLARIDADE ANOS DE ESTUDO COMPLETOS
NOME DA MÃE		ETNIA ☐ 1. BRANCO 3. AMARELO 5. INDÍGENA ☐ 2. PRETO 4. PARDO 9. IGNORADO	
OCUPAÇÃO		☐ 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE 3. DESEMPREGADO 5. DONA DE CASA 7. OUTRA ☐ 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO 4. APOSENTADO 6. DETENTO	
CPF (SÓ NÚMEROS)	BENEFICIÁRIO DE PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA ☐ 1. SIM 2. NÃO 9. IGN		

ENDEREÇO

TIPO DE ENDEREÇO ☐ ENDEREÇO PADRÃO ☐ DETENTO ☐ SEM RESID. FIXA ☐ RESIDE EM OUTRO ESTADO ☐ RESIDE EM OUTRO PAÍS			TELEFONE
ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	SUVIS RESIDÊNCIA	INSTITUCIONALIZADO ☐ 1. INSTIT. PENAL ☐ 2. ALBERGUE ☐ 3. ASILO ☐ 4. ORFANATO ☐ 5. HOSP.PSIQ. ☐ 8. NÃO ☐ 9. IGN.
CEP	LOGRADOURO		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	
DISTRITO			

NOTIFICAÇÃO

CNES	UNIDADE	PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	

TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR DE TB ☐ 1. CASO NOVO (1º TRATAMENTO DE TB) 4. NÃO SABE ☐ 2. RECIDIVA (TRAT. ANTERIOR ENCERRADO POR CURA) 5. TRAT. ANTERIOR ENCERRADO POR FALÊNCIA/ RESIST./ TOXICIDADE ☐ 3. RETRATAMENTO APÓS ABANDONO 9. SEM INFORMAÇÃO	
TRATAMENTO ATUAL DATA DE INÍCIO: ____/____/____ DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____	

FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	1. PULMONAR	5. GANGL. PERIFÉRICA	8. GENITAL	11. PELE	16. OUTRAS, QUAL?
☐	☐	☐	3. MENINGEA	6. ÓSSEA	9. INTESITINAL	13. LARÍNGEA	
			4. PLEURAL	7. VIAS URINÁRIAS	10. OFTÁLMICA	15. MILIAR	17. MULTIPLOS ÓRGÃOS

DESCOBERTA

Local de Descoberta:

☐ 1. DEMANDA AMBULATORIAL	☐ 3. ELUCIDADAÇÃO DIAG. EM INTERNAÇÃO	☐ 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO	☐ 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO
☐ 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	☐ 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS	☐ 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE	☐ 9. IGNORADO

EXAMES COMPLEMENTARES

TESTE MOLECULAR RÁPIDO TB (TMR-TB) ☐ 1. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA SENSÍVEL ☐ 3. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA INDETERMINADO ☐ 5. TESTE INVÁLIDO ☐ 2. MTB DETECTADO-RIFAMPICINA RESISTENTE ☐ 4. MTB NÃO DETECTADO ☐ 8. NÃO REALIZADO		
☐ BACILOSCOPIA DE ESCARRO ____/____/____ ☐ BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL ____/____/____ Material _____ ☐ CULTURA DE ESCARRO ____/____/____ ☐ CULTURA DE OUTRO MATERIAL ____/____/____ Material _____ ☐ HIV		1. Positivo 2. Negativo 3. Em andamento 8. Não Realizado 9. Sem informação
☐ RX TÓRAX 1. Normal ☐ RX OUTRO 2. Suspeita de TB ☐ US TÓRAX 3. Suspeita de TB c/ cavidade ☐ US ABDÔMEN 4. Outra Patologia ☐ TC TÓRAX 8. Não Realizado ☐ TC ABDÔMEN 9. Sem informação ☐ TC CRÂNIO		☐ HISTOPATOLÓGICO MATERIAL: _____ ☐ NECRÓPSIA 1. BAAR Positivo 2. Sugestivo de TB 3. Em andamento 4. Não Sugestivo de TB 8. Não Realizado 9. Sem informação
		OUTRO EXAME PPD _____mm ____/____/____ ADA _____ ____/____/____ OUTROS: _____ ____/____/____

AGRAVOS ASSOCIADOS

AGRAVOS ASSOCIADOS

☐ AIDS

☐ ALCOOLISMO

☐ DROGADIÇÃO

☐ DIABETES

☐ DOENÇA MENTAL

☐ OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO

☐ TABAGISMO

☐ NENHUM

☐ OUTRAS (especificar) _____

TRATAMENTO

ESQUEMA USADO

☐ RIFAMPICINA (R)

☐ ETAMBUTOL (E)

☐ LEVOFLOXACINA (LEVO)

☐ OUTRAS DROGAS (especificar)

☐ ISONIAZIDA (H)

☐ ESTREPTOMICINA (S)

☐ TERIZIDONA (T)

☐ PIRAZINAMIDA (Z)

☐ ETIONAMIDA (Et)

☐ AMICACINA (A)

TIPO DE TRATAMENTO

1. SUPERVISIONADO

2. AUTO-ADMINISTRADO

3. SEM INFORMAÇÃO

INTERNAÇÃO

CNES

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

HOSPITAL

DATA DA INTERNAÇÃO

____/____/____

MOTIVO

☐

1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

2. HEMOPTISE

3. MENINGITE

4. TB MILIAR

5. ABSCESSO

6. AIDS

7. DIABETES

8. INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA

9. CAQUEXIA

10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA

11. CAUSAS SOCIAIS

12. OUTROS (Especificar) _____

13. NÃO ADESÃO AO TRAT.

99. SEM INFORMAÇÃO

DATA DA ALTA HOSPITALAR

____/____/____

TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR

☐

1. CURA

2. A PEDIDO

3. DISCIPLINAR

4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO

5. ALTA P/ TRAT. AMBULATORIAL

6. TRANSF. P/ OUTRO HOSPITAL

7. ÓBITO POR TB

8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA

9. SEM INFORMAÇÃO

10. EVASÃO

CONTATOS

NÚMERO DE CONTATOS EXISTENTES

NOME COMPLETO SEM ABREVIATURA	DT. NASC.	TIPO DE CONTATO (residência, instituição, trabalho, outros)

OBSERVAÇÕES

Transferido para: _____

UBS que realiza o tratamento supervisionado: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

PREENCHER ESTA FICHA PARA:

1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente. Reinícios de tratamento com novo esquema devem também ser notificados.

2. Doente identificado por exame bacteriológico positivo, mesmo sem início de tratamento.

3. Doente que tenha sido identificado como tal após o óbito.

PRAZO DE ENVIO:

Enviar para digitação no prazo máximo de 1 semana. Os exames em andamento não devem atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente.

ITENS:

Identificação: Registrar sem abreviações.

Escolaridade: Número de anos de estudo completos. Por exemplo: se o doente completou até a 5ª série do ensino fundamental, registrar 5.

TRATAMENTO

Histórico de tratamento anterior: Registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho.

Casos recebidos por transferência para continuidade do tratamento – informar código 1 (Caso novos) se o paciente estiver em seu primeiro tratamento de tuberculose.

Descoberta: Registrar a forma de descoberta no serviço de origem.

Utilização de ARV: Para pacientes HIV positivo, registrar o uso de ARV durante o tratamento da tuberculose.