



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF.ALEXANDRE VRANJAC"
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS NÃO-TB

IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN

NOME	SEXO (m/f)
NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO

ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE
CEP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
BAIRRO	ÁREA RESID	DISTRITO

UNIDADE DE SAÚDE

CNES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	UNIDADE	MUNICÍPIO NOTIFICANTE
DATA NOTIF	PRONTUÁRIO	

FORMA CLÍNICA

PULMONAR
 PULMONAR + EXTRAPULMONAR
 EXTRAPULMONAR

DIAGNÓSTICO

SÍTIO DA AMOSTRA	DATA DA COLETA	IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE
1ª CULTURA	____/____/____	_____
2ª CULTURA	____/____/____	_____
3ª CULTURA	____/____/____	_____

<input type="checkbox"/> RX TÓRAX 1. NORMAL 2. UNILATERAL NÃO CAVITÁRIA 3. UNILATERAL CAVITÁRIA 4. BILATERAL NÃO CAVITÁRIA 5. BILATERAL CAVITÁRIA	<input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO 1. BAAR POSITIVO 2. SUGESTIVO TB 8 .N/REALIZ 9 S/INFORM .	<input type="checkbox"/> HIV 1. POSITIVO 2. NEGATIVO 8 .N/REALIZ 9 S/INFORM .
--	--	---

TRATAMENTO

<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA	DATA DE INÍCIO	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/> OFLOXACINA / LEVOFLOXACINA	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> AMICACINA		_____
<input type="checkbox"/> CLARITROMICINA		_____