



**B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM****Baciloscopia de escarro** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

**Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)** 1 - Detectável sensível à rifampicina 2 - Detectável resistente à rifampicina  
 3 - Detectável indeterminado à rifampicina 4 - Não detectável 5 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: \_\_\_\_\_

**Baciloscopia de outro material** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: \_\_\_\_\_

**Cultura de escarro** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Houve identificação de espécie?  1 - Sim 2 - Não | Se sim, qual espécie de micobactéria? \_\_\_\_\_**Cultura de outro material** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: \_\_\_\_\_

Houve identificação de espécie?  1 - Sim 2 - Não | Se sim, qual espécie de micobactéria? \_\_\_\_\_**Teste de sensibilidade antimicrobiana**1 - Resistente somente à isoniazida 2 - Resistente somente à rifampicina  
3 - Resistente à isoniazida e rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha  
5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado 8 - Amostra imprópria

Data do resultado:

**Raio-X de tórax**1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Sequela de tuberculose/Lesões crônicas  
4 - Outra doença. Se outra doença, qual? \_\_\_\_\_  
5 - Não realizado 6 - Foi realizado, mas não há laudo no prontuário

Data do resultado:

**Histopatológico**1 - Confirmado  
2 - Outra doença. Se outra doença, qual? \_\_\_\_\_  
3 - Não realizado

Data do resultado:

**Teste para HIV** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

**Tomografia computadorizada** 1 - Realizada 2 - Não realizada

Data do resultado:

**Laudo** (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento Nódulos de espaço aéreo (consolidação)\*  Sequela de tuberculose/Lesões crônicas Outros. Quais: \_\_\_\_\_

\*Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.

**Broncoscopia** 1 - Realizada 2 - Não realizada

Data do resultado:

**Outros exames**

Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros.

<b>Foi encaminhado para necropsia</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Hospital
Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE</b>	
<b>Forma clínica:</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar
<b>Se extrapulmonar:</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? _____
<b>O paciente abandonou o tratamento?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais medidas foram tomadas para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.	
<b>O paciente precisou ser transferido?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não   Se sim, para qual referência? _____
Quais os motivos? <input type="checkbox"/> 1 - TB-DR 2 - Coinfecção TB-HIV 3 - Reação adversa 4 - Outros. Quais? _____	
<b>Foi observado se o paciente chegou na outra unidade?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
<b>Fazia tratamento diretamente observado?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Confirmado óbito por tuberculose?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Continuar a investigação?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Se sim, quais os motivos?</b>	<input type="checkbox"/> Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes <input type="checkbox"/> Investigação de contatos <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____
<b>Observações gerais</b>	
Sinais e sintomas de outras doenças; diagnóstico laboratorial de outras doenças; relatos de diagnóstico inoportuno da tuberculose; perda de continuidade de tratamento; uso ou não de Tarv; notificação no SITETB; vulnerabilidades; falhas no preenchimento do prontuário e outros pontos que o investigador julgar importantes. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
<b>Investigação de contatos</b>	<b>Em caso confirmado de tuberculose, deve-se investigar os contatos.</b>
	Quantos contatos foram identificados? <input type="text"/> <input type="text"/> Quantos foram examinados? <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Relação de contatos do paciente</b>
	<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____
	<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____
	<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____	
<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
<b>B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO</b>	
<b>Informações em folhas anexas:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Data da investigação:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nome do responsável:</b> _____	<b>Telefone de contato:</b> _____
<b>Local de trabalho do responsável pela investigação:</b> _____	