

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	2) Data da notificação*: ____/____/____
---	---

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

3) Nome de registro*:	4) Nome social:
5) Data de nascimento*: ____/____/____	6) Sexo*: () Masculino () Feminino
7) Gestante**: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado	8) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado
9) Cartão Nacional de Saúde: _____	10) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____
11) Nome da mãe*: _____	

DADOS DE RESIDÊNCIA

12) UF*:	13) Município de residência*:	14) Regional de Saúde:
15) Logradouro*:	16) Nº*:	17) Bairro*:
18) Complemento (apto., casa,...):	19) CEP: ____-____-____	20) (DDD) Telefone:

INVESTIGAÇÃO

21) Descartado TB ativa*: () Sim () Não	22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:	
23) BCG*: () Sim () Não () Ignorado	24) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada	
25) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado	26) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado	27) Data da coleta do IGRA: ____/____/____
28) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não	29) Data da aplicação da última PT: ____/____/____	30) Resultado da última PT**: ____ mm
31) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado	32) Nome do caso fonte:	33) Número do Sinan: _____

TRATAMENTO

34) UF*:	35) Município de tratamento*:	36) Regional de Saúde:
37) Unidade de saúde de tratamento*:		38) Código CNES: _____

<p>39) 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.</p> <p>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 sequela 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</p>	<p>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</p> <p>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: _____</p>
--	--

40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____	41) Medicamento*: () Isoniazida () Rifampicina	42) 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

43) Nº de doses tomadas: _____			44) Data do término do tratamento*: ____/____/____		
45) Situação de encerramento*:					
<input type="checkbox"/> Tratamento completo		<input type="checkbox"/> Suspenso por reação adversa		<input type="checkbox"/> Transferido para outro país	
<input type="checkbox"/> Abandono		<input type="checkbox"/> Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária		<input type="checkbox"/> Óbito	
<input type="checkbox"/> Tuberculose ativa					
Observações:					
Nome do investigador*:			Função do Investigador:		Assinatura do Investigador:

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior