

## INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR/ LARÍNGEA

### TOSSE ≥ 3 SEMANAS (SECA OU PRODUTIVA)

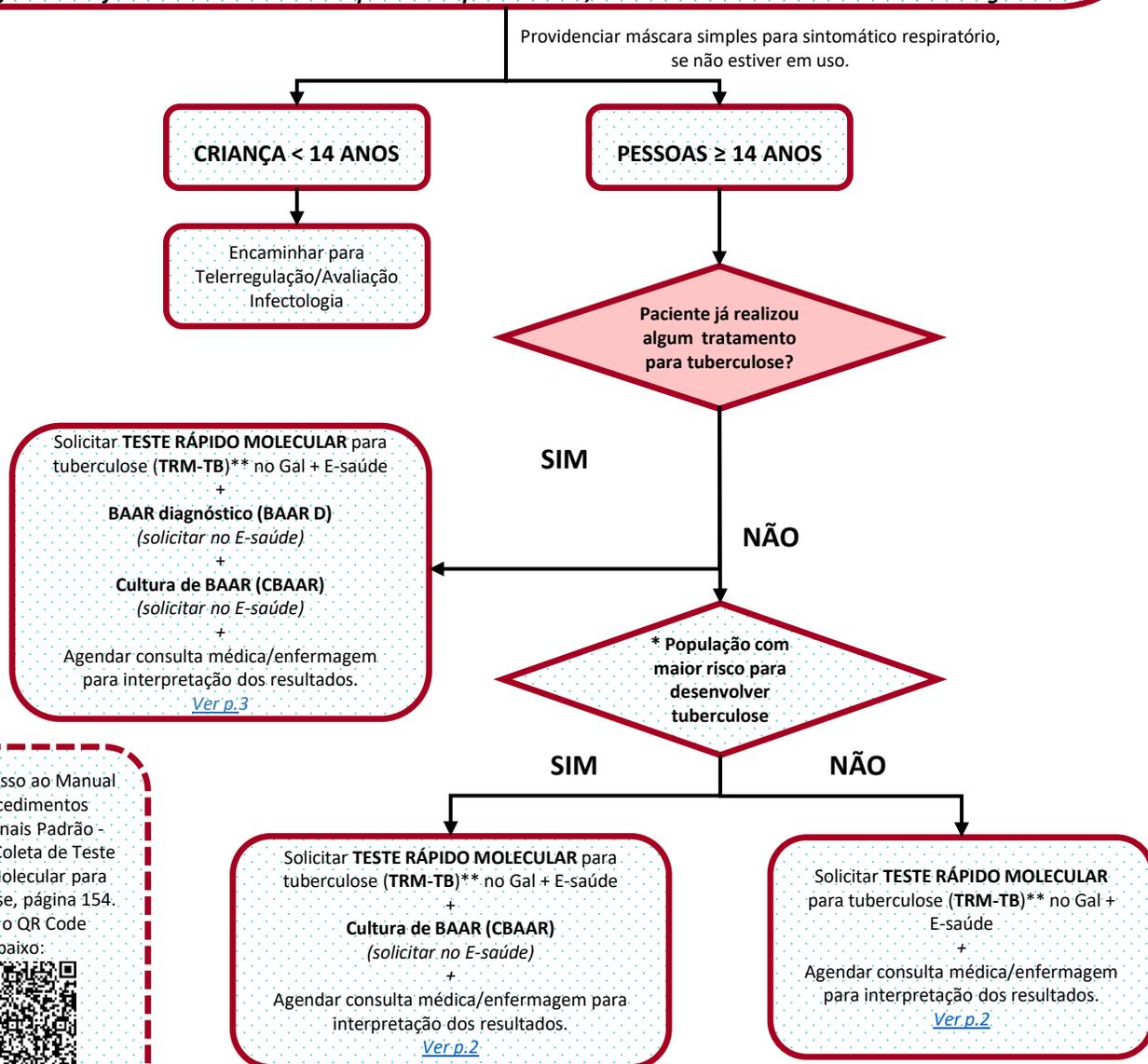
Associado ou NÃO aos seguintes sintomas:

- Sudorese noturna;
- Emagrecimento inexplicável;
- Febre vespertina;
- História de pneumonia recorrente;
- Tríade clássica em crianças menores de 10 anos:  
*redução do apetite + perda de peso + tosse crônica*
- Raio-X de Tórax sugestivo de tuberculose:  
(cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural, alargamento de mediastino).

\*População com maior risco para desenvolver tuberculose

- Contato com tuberculose;
- Desnutrição;
- Doença renal crônica;
- Diabetes, imunossupressão (HIV, uso de bloqueadores de TNF-α);
- DPOC;
- Etilistas e usuários de substâncias psicoativas;
- Tabagistas;
- Idosos;
- Pessoas em situação de rua, institucionalizadas, privadas de liberdade e indígenas;
- Profissionais da saúde.

**Diagnóstico diferencial de sintomas respiratórios persistentes, com exame de rastreio de Covid-19 negativo**

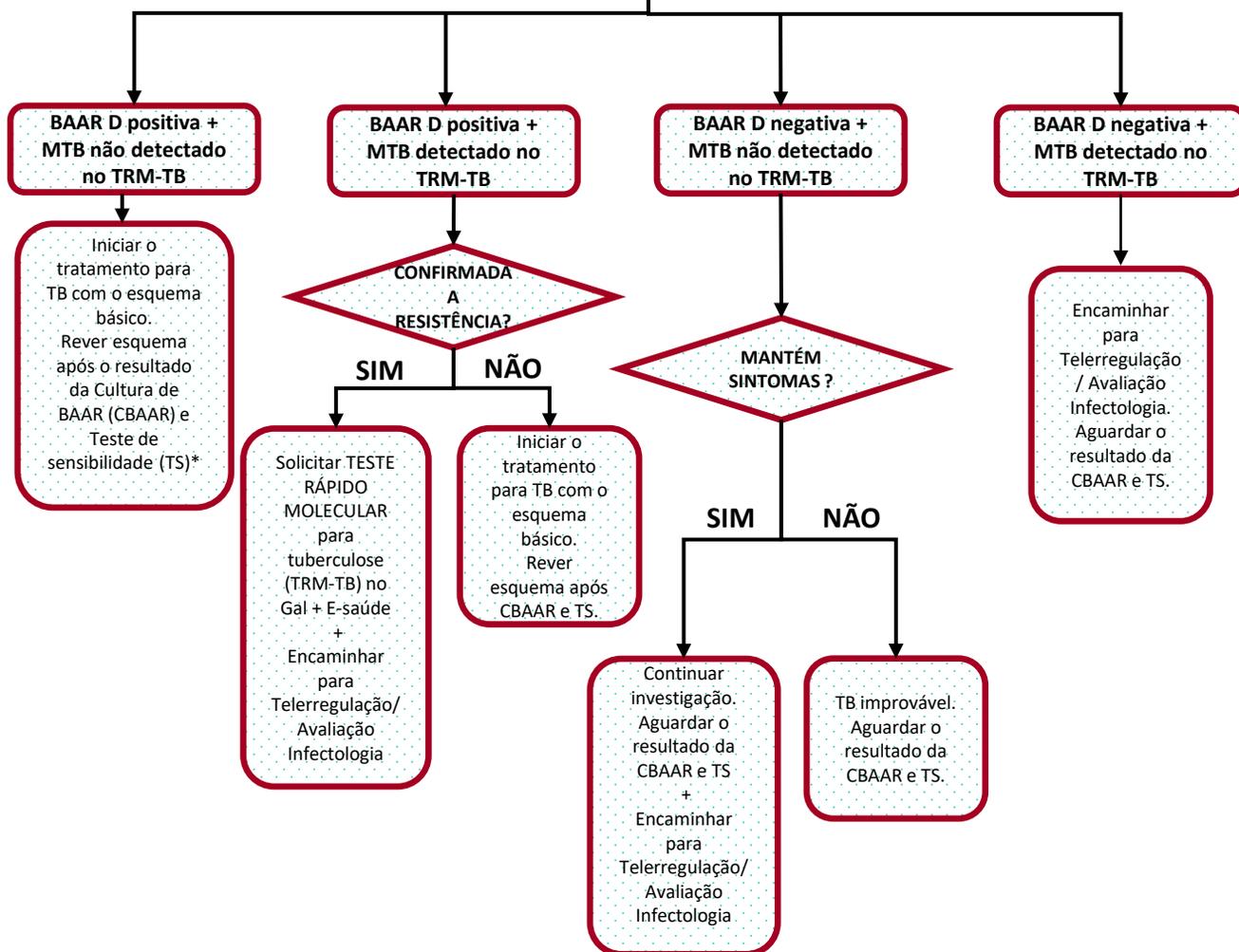


\*\*Para acesso ao Manual de Procedimentos Operacionais Padrão - POP 6.15 Coleta de Teste Rápido Molecular para Tuberculose, página 154. acesse o QR Code abaixo:





## INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DO TRM - TB NOS CASOS DE RETRATAMENTO (reingresso após abandono e recidiva)



### ATENÇÃO!

- Toda gestante diagnosticada com Tuberculose deve ser encaminhada para obstetria de risco!
- Toda mulher em idade fértil diagnosticada com Tuberculose deve receber terapia anticoncepcional! (ver opções terapêuticas em p.4)

### \*Suspeita de Micobactéria Não Tuberculosa (MNT)

- BAAR positivo + TRM-TB não detectável + cultura de BAAR positiva.
- Encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia

## INVESTIGAÇÃO DE HIV NOS CASOS DE TUBERCULOSE

### DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE ATIVA

TESTE RÁPIDO DE HIV\* / SOROLOGIA PARA HIV

NEGATIVO

[ver p.2](#)

POSITIVO

HIV EM USO DE TARV

HIV EM ABANDONO DE TARV

HIV CASO NOVO

\*Para acesso ao Manual de Procedimentos Operacionais Padrão - POP 6.13 Coleta de Teste Rápido para HIV, página 151, acesse o QR Code abaixo:



Solicitar exames:  
- Raio-X de Tórax  
- Cultura de BAAR (caso não tenha realizado)  
- Glicemia de jejum, Provas hepáticas (TGO/TGP, fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubinas totais e frações)  
+  
Manter isolamento até BAAR de Controle (BAARC) negativo  
+  
Encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia  
+  
Notificar o caso e encaminhar ficha de notificação para o distrito sanitário de abrangência.  
[https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE\\_NET.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE_NET.pdf) ou acesse QR code<sup>(1)</sup>

Iniciar esquema básico RHZE de acordo com o peso do paciente. [\(ver p.4\)](#)  
+  
Solicitar exames:  
- Raio-X de Tórax  
- Cultura de BAAR (caso não tenha realizado)  
- Glicemia de jejum, Provas hepáticas (TGO/TGP, fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubinas totais e frações)  
+  
Manter isolamento até BAAR de Controle (BAARC) negativo  
+  
Avaliar terapia antirretroviral (TARV) \*\*\*  
+  
Encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia  
+  
Notificar o caso e encaminhar ficha de notificação para o distrito sanitário de abrangência.  
[https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE\\_NET.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE_NET.pdf) ou acesse QR code<sup>(1)</sup>

Iniciar esquema básico RHZE de acordo com o peso do paciente. [\(ver p.4\)](#)  
+  
Solicitar exames:  
- Raio-X de Tórax  
- Cultura de BAAR (caso não tenha realizado)  
- Glicemia de jejum, Provas hepáticas (TGO/TGP, fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubinas totais e frações)  
- Dosagem de CD4/CD8 + quantificação de RNA viral de HIV, conforme *Fluxo de Solicitação de exames: contagem de linfócitos CD4/CD8+ e carga viral de HIV e Hepatite* \*\*  
+  
Manter isolamento até BAAR de Controle (BAARC) negativo  
+  
Avaliar terapia antirretroviral (TARV) \*\*\*  
+  
Encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia  
+  
Notificar o caso e encaminhar ficha de notificação para o distrito sanitário de abrangência.  
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/AIDS%20ADULTO.pdf> e



[https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE\\_NET.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/TUBE_NET.pdf) ou acesse o QR code<sup>1</sup>:



### \*\*\*TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Para paciente virgem de tratamento antirretroviral, ou pacientes que abandonaram TARV:

Recomendação para início de TARV após diagnóstico de TB	
condição clínica e ou laboratorial	recomendações
sinais de imunodeficiência avançada ou CD4 < 50 células/mm <sup>3</sup>	iniciar TARV 2 semanas após o início do tratamento de TB
ausência de sinais de imunodeficiência ou CD4 ≥ 50 células/mm <sup>3</sup>	iniciar TARV na 8ª semana após o início do tratamento de TB

### ESQUEMA INICIAL PREFERENCIAL:

Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg "2 em 1" (1 comprimido 1X AO DIA)

+

Dolutegravir 50mg (ENQUANTO EM USO DE RIFAMPICINA: 1 comprimido 2X AO DIA).

Preencher receituário simples com o esquema medicamentoso + formulário de antirretroviral<sup>2</sup>  
[http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom\\_operacional/NOVO\\_SOLICITA%C3%87%C3%83O\\_TRATAMENTO\\_ADULTO\\_NOVEMBRO\\_2022.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/NOVO_SOLICITA%C3%87%C3%83O_TRATAMENTO_ADULTO_NOVEMBRO_2022.pdf)

<sup>2</sup>Formulário antirretroviral acesse o QR Code abaixo:



\*\*Para acesso ao Fluxo de Solicitação de exames: contagem de linfócitos CD4/CD8+ e carga viral de HIV e Hepatite acesse o QR Code abaixo:



## TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR/ LARÍNGEA

### ESQUEMA DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE SENSÍVEL À RIFAMPICINA (> 10 ANOS DE IDADE)

PESO	FASE INTENSIVA	FASE DE MANUTENÇÃO
20 a 35kg	2 Comprimidos RHZE 150/75/400/275	1 Comprimido RH 300/150
36 a 50kg	3 Comprimidos RHZE 150/75/400/275	1 Comprimido RH 300/150 + 1 Comprimido RH 150/75
51 a 70kg	4 Comprimidos RHZE 150/75/400/275	2 Comprimidos RH 300/150
> 70 kg	5 Comprimidos RHZE 150/75/400/275	2 Comprimidos RH 300/150 + 1 Comprimido RH 150/75
GESTANTES	Posologia conforme peso + Piridoxina 50mg/dia + Encaminhar para Obstetrícia de Risco	
ESQUEMA RHZE	R=RIFAMPICINA, H=ISONIAZIDA, Z=PIRAZINAMIDA, E=ETAMBUTOL	

- Os comprimidos devem ser prescritos conforme o peso do usuário;
- Agendar a reavaliação quinzenal para controle do peso ([ver seguimento em p.6](#));
- Os comprimidos devem ser tomados em jejum e no mesmo horário. Após, aguardar 1h para a alimentação;
- Registrar a dispensação das medicações no e-saúde;
- **Reintrodução dos medicamentos separadamente:** Primeiro reintroduzir RE e 3 - 7 dias depois, solicitar exames; se não houver aumento das enzimas, reintroduzir H; uma semana após, se não houver aumento das enzimas, reiniciar Z. O tempo de reintrodução droga a droga não deve ser considerado como tempo de tratamento. Contabilizar a partir da reintrodução das quatro drogas.

### TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO - TDO

Consiste na observação da tomada da medicação sob supervisão do profissional de saúde, no mínimo três vezes por semana.

- Objetivos: reduzir a taxa de abandono, interromper a cadeia de transmissão, diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes, reduzir mortalidade.
- No mínimo 3X/SEMANA - usuários com vulnerabilidade (idosos, pessoas vivendo com HIV não aderente ao TARV); usuários com histórico de abandono prévio de tratamento; pessoas em situação de rua, usuários que apresentaram Reações Adversas Maiores\* e usuários com peso limítrofe;
- No mínimo 5X/SEMANA - pessoas em tratamento com esquema de TB resistente e usuários que estão em reintrodução droga-a-droga do esquema básico; *Registrar a administração da medicação no prontuário do usuário!*

### REAÇÕES ADVERSAS MENORES AOS FÁRMACOS DO ESQUEMA BÁSICO – MANTER RHZE

Efeito Adverso	Medidas
Intolerância digestiva (náuseas e vômitos e epigastralgia)	reformular o horário dos medicamentos
Suor/ urina de cor avermelhada	orientar que é apenas um efeito colateral sem gravidade
Prurido e exantema leve	medicar com antihistamínico (dexclorfeniramina/ loratadina)
Dor articular	medicar com analgésicos e AINES (paracetamol, dipirona, ibuprofeno)
Neuropatia periférica	encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia
Hiperuricemia	orientar dieta e medicar com alopurinol/colchicina
Febre	orientar e medicar com antitérmico (paracetamol, dipirona)
Cefaleia e mudança de comportamento leve (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	orientar que é apenas um efeito colateral sem gravidade e monitorar

### \*REAÇÕES ADVERSAS MAIORES AOS FÁRMACOS DO ESQUEMA BÁSICO - SUSPENDER RHZE

Exantema ou Hipersensibilidade moderada à grave/ Psicose/ Crise Convulsiva/ Encefalopatia Tóxica/ Neurite Óptica/ Hepatotoxicidade/ Hipoacusia/ Vertigem e Nistagmo/ Trombocitopenia/ Leucopenia/ Eosinofilia/ Anemia Hemolítica/ Agranulocitose/ Vasculite/ Nefrite Intersticial/ Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal



**SUSPENDER RHZE e encaminhar para Telerregulação/Avaliação Infectologia**

### ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA!

Toda mulher em idade fértil e em tratamento para tuberculose deve ser orientada quanto aos cuidados com a saúde reprodutiva. Rifampicina: reduz o nível sérico dos anticoncepcionais, inclusive do implante subdérmico (pode levar ao sangramento inesperado e/ou à falha na anticoncepção). Considerar a associação de outro método contraceptivo, como DIU ou preservativos.

## SEGUIMENTO DE PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR/ LARÍNGEA

### ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Consulta Médica Mensal + consultas de Enfermagem para pesagem e TDO ([ver p.5](#))

A 1ª consulta após o diagnóstico de tuberculose deve ser obrigatoriamente realizada pelo médico. Pacientes sem comorbidades, podem ter consultas mensais intercaladas entre o médico e o enfermeiro. Pacientes com comorbidades devem ter acompanhamento mensal com médico obrigatoriamente. Todo evento adverso ([ver p.5](#)) deverá ser avaliado pelo médico e, se necessário, solicitar exames adicionais como hemograma, creatinina, ureia, ácido úrico, função hepática, etc.

### SOLICITAR COLETA DE BACILOSCOPIA MENSAL (BAAR CONTROLE - BAARC) NO E-SAÚDE

Se o paciente tinha tosse produtiva no início do tratamento, é provável que a coleta de 30-60 dias ainda seja possível. Após este período é comum que o paciente deixe de ter escarro em grande quantidade. Nesses casos, pedir para o paciente fazer a melhor coleta possível e encaminhar o que conseguir. O LMC considera a amostra salivar para o BAAR de controle (BAARC) viável.

### BACILOSCOPIA DE 60 DIAS

**NEGATIVA**

**POSITIVA**

#### Mudar tratamento para fase de manutenção - RH ([ver p.5](#))

A troca para a fase de manutenção (RH) só poderá ser realizada após a checagem do resultado.  
Para não prolongar o uso da medicação da fase de ataque é muito importante **coletar o exame na data correta**.

**Prolongar fase de ataque - RHZE por mais 30 dias**

+ Solicitar Cultura para BAAR (CBAAR)

+ Solicitar novo BAAR de controle (BAARC) em 30 dias

**Novo BAAR de controle (BAARC) negativo?**

**SIM**

**NÃO**

Mudar tratamento para fase de manutenção - RH ([ver p.5](#))

Encaminhar para Telerregulação/Avaliação Infectologia

#### CONTROLE RADIOLÓGICO

Raio-X de tórax no momento do diagnóstico e ao final do tratamento.  
Se piora clínica, realizar novo Raio-X de Tórax no 2º mês de tratamento.

Se presença de sequela pulmonar e estrutural após a resolução da tuberculose, encaminhar para Telerregulação/ Pneumologia.

Considerar **FALÊNCIA DO TRATAMENTO** quando a evolução clínica ou radiológica for insatisfatória, mesmo com BAAR de controle (BAARC) negativo ao fim do tratamento E/OU persistência de baciloscopia ao final do 4º mês de tratamento. Nestes casos investigar TB resistente, com a coleta de cultura para BAAR (CBAAR) e TRM-TB. Encaminhar para a referência via Telerregulação/Avaliação Infectologia.

A SMS disponibiliza o vale do Programa de Apoio Nutricional da Tuberculose (PAN-TB), durante o tratamento. Para tal, deve-se preencher o formulário de cadastramento do PAN-TB ([ver p.11](#)) e encaminhar a ficha de cadastramento ao DS. Após o encerramento do tratamento, preencher a ficha de desligamento do PAN – TB ([ver p.12](#)).

Nos casos de alta por transferência, a US deve preencher o boletim de transferência ([ver p.13](#)) em duas vias, entregar uma via para o paciente e encaminhar a segunda para o DS. Nestes casos fornecer medicação para 10 dias, para que o paciente tenha tempo de buscar a medicação no novo destino.

## INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS DE TB PULMONAR < 14 anos DURANTE O DESABASTECIMENTO DO PPD\*

\*NOTA INFORMATIVA Nº 1/2023-CGDR/DCCI/SVS/MS, de 05 de janeiro de 2023, que trata das "Recomendações para o rastreamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da TB, com Derivado Proteico Purificado (PPD) - o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional".

Encaminhar para Telerregulação/Avaliação  
Infectologia\*\*

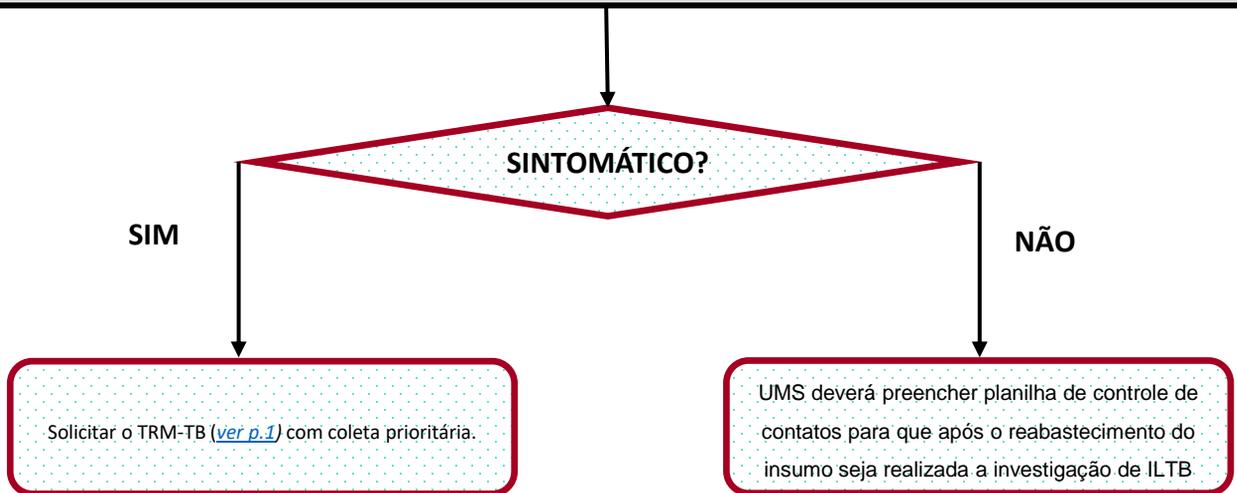
\*\*Ao encaminhar para Telerregulação/Avaliação Infectologia, descrever se a família tem condições de comparecer ao ambulatório de infectologia pediátrica do CHC, caso seja necessário.

Para os contatos de TB Extrapulmonar e contatos dos casos de tuberculose em crianças < de 10 anos o objetivo é procurar pessoas **sintomáticas** que possam ter transmitido a infecção recentemente.

Orientações **para TODOS os contatos**: independente de terem realizado tratamento de ILTB, sempre ficar atento aos sintomas sugestivos de TB e retornar ao serviço de saúde para investigação se necessário.

## INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS DE TB PULMONAR $\geq$ 14 ANOS DURANTE O DESABASTECIMENTO DO PPD

\*NOTA INFORMATIVA Nº 1/2023-CGDR/.DCCI/SVS/MS, de 05 de janeiro de 2023, que trata das "Recomendações para o rastreamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da TB, com Derivado Proteico Purificado (PPD) - o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional".



Para os contatos de TB Extrapulmonar e contatos dos casos de tuberculose em crianças < de 10 anos o objetivo é procurar pessoas **sintomáticas** que possam ter transmitido a infecção recentemente.

Orientações **para TODOS contatos**: independente de terem realizado tratamento de ILTB, sempre ficar atento aos sintomas sugestivos de TB e retornar ao serviço de saúde para investigação se necessário.

## TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE- ILTB DURANTE O DESABASTECIMENTO DO PPD

Antes de indicar o tratamento para ILTB **SEMPRE** afastar a **TUBERCULOSE ATIVA** (pulmonar ou extrapulmonar).  
Se usuário com sintomático e/ou raio X alterado, completar a investigação para tuberculose ativa ([ver p.1](#)).  
Se usuário ASSINTOMÁTICO e raio X de tórax **NORMAL**, pode-se indicar o tratamento de ILTB dentro dos critérios abaixo:

### CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO DA ILTB SEM A REALIZAÇÃO DA PROVA TUBERCULÍNICA OU IGRA

- PVHA independente dos níveis dos linfócitos TCD4+;
- Indivíduos em uso de medicamentos imunobiológicos e/ou imunossupressores ou em situação de pré-transplante de órgãos.

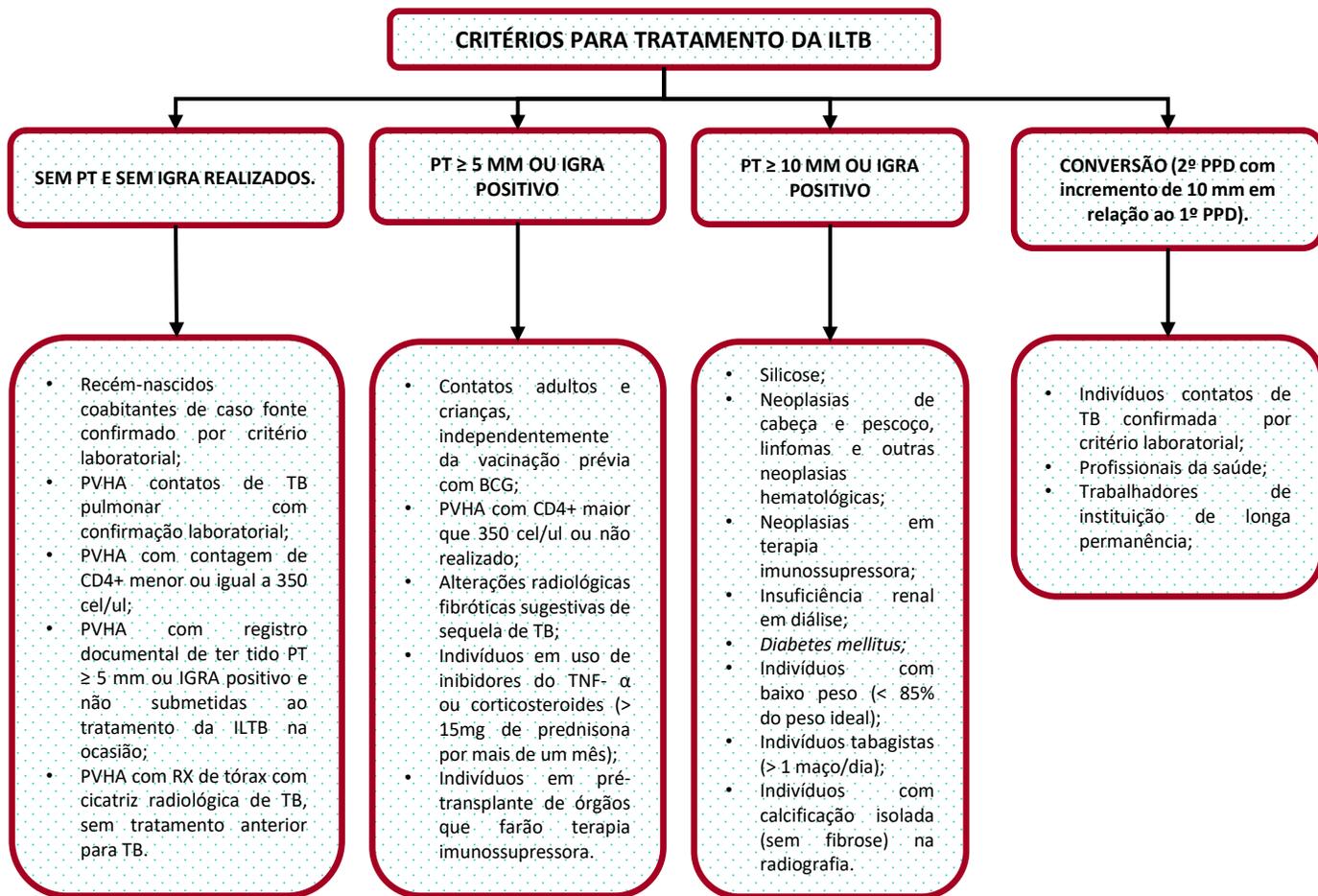
### TODO CASO DE ILTB

Notificar o caso e encaminhar [Ficha de Notificação ILTB](#) para o distrito sanitário de abrangência.



## INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE- ILTB

Antes de indicar o tratamento para ILTB **SEMPRE** afastar a **TUBERCULOSE ATIVA** (pulmonar ou extrapulmonar).  
 Se usuário com sintomático e/ou raio X alterado, completar a investigação para tuberculose ativa ([ver p.1](#)).  
 Se usuário ASSINTOMÁTICO e raio X de tórax **NORMAL**, pode-se indicar o tratamento de ILTB dentro dos critérios abaixo:



### TODO CASO DE ILTB

Notificar o caso e encaminhar [Ficha de Notificação ILTB](#) para o distrito sanitário de abrangência.



## INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE- ILTB

ESQUEMA DE TRATAMENTO	POSOLOGIA	DOSES DIÁRIAS	TEMPO DE TRATAMENTO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
<b>ESQUEMA PREFERENCIAL 3HP</b>  Rifapentina 150 mg + Isoniazida 300 mg	➤ <b>Adultos e adolescentes &gt; 14 anos E ≥ 30 kg</b>  Isoniazida 300 mg: 900mg/semana  Rifapentina 150 mg: 900mg/semana  ➤ <b>Crianças de 2 - 14 anos:</b>  Isoniazida 100mg: 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23kg: 500mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana ≥ 31kg: 700mg/semana  Rifapentina 150 mg: 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23kg: 450mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana ≥ 31kg: 750mg/semana	12 doses semanais	3 meses	<b>Esquema Preferencial</b> para todas as indicações da ILTB. <ul style="list-style-type: none"> <li>Os medicamentos deverão ser ingeridos no mesmo dia pela manhã, sendo a Isoniazida em jejum (1h antes do café da manhã) e a Rifapentina junto com alimentos.</li> <li>A Rifapentina pode ser esmagada e adicionada à alimentação semissólida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida;</li> <li>Intolerância à Isoniazida;</li> <li>PVHA em uso de inibidores de protease, Nevirapina e Tenofovir Alafenamida (TAF).</li> </ul>
Rifampicina (R)* 300 mg	➤ <b>Adultos e crianças ≥ 10 anos:</b> 10mg/kg de peso, até a dose máxima de 600mg/dia.  ➤ <b>Crianças &lt; 10 anos:</b> 15 (10 a 20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg/dia  * Tomar uma vez ao dia em jejum	120 doses	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos &gt; 50 anos;</li> <li>Hepatopatias;</li> <li>Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida</li> <li>Intolerância à Isoniazida .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PVHA em uso de inibidores de protease, nevirapina e Tenofovir Alafenamida (TAF).</li> <li>PVHA em uso de Dolutegravir e Raltegravir necessita de ajuste de dose da TARV.</li> </ul> <p><i>Se usuário de TARV, encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia</i></p>
Isoniazida (H)* 100 mg 300 mg	5 a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia  *Tomar uma vez ao dia em jejum	270 doses para PVHA e em uso de Imunossupressor  180 doses	9 meses  6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contatos de pessoas com TB resistente à Rifampicina;</li> <li>Intolerância à Rifampicina e Rifapentina;</li> <li>Crianças de 0 – 1 ano 11 meses e 29 dias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida;</li> <li>Intolerância à Isoniazida;</li> </ul>
<b>GESTANTES</b>	Postergar o tratamento da ILTB para depois do parto. Em gestante com infecção pelo HIV, tratar ILTB após o terceiro mês de gestação. Encaminhar para Obstetrícia de Risco				

### CRITÉRIOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO

Rifapentina + Isoniazida – perda de 3 doses, consecutivas ou não;

Rifampicina - 2 meses sem a medicação, consecutivos ou não;

Isoniazida – 3 meses sem a medicação, consecutivos ou não;

## PROGRAMA DE APOIO NUTRICIONAL - PAN-TB

### Ficha de cadastramento

(obrigatoriamente deve ser encaminhada para o Distrito Sanitário)

UNIDADE DE SAÚDE: .....

Nome do paciente:..... Sexo:.....

Nº do cadastro da Unidade:.....D. Nasc.:.....

Data de entrada no Programa de Apoio Nutricional: ..... / ..... / .....

Peso na entrada: ..... kg                      Altura na entrada: ..... cm

Forma de Tuberculose: ( ) Pulmonar ( ) Extrapulmonar ( ) Mista

Resultado do BK no escarro: ..... Esquema: .....

Critério de Inclusão: ( ) Renda ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Desemprego

( ) Co infecção/HIV ( ) Outro. Qual.....

Nome do paciente:..... Sexo:.....

Nº do cadastro da Unidade:.....D. Nasc.:.....

Data de entrada no Programa de Apoio Nutricional: ..... / ..... / .....

Peso na entrada: ..... kg                      Altura na entrada: ..... cm

Forma de Tuberculose: ( ) Pulmonar ( ) Extrapulmonar ( ) Mista

Resultado do BK no escarro: ..... Esquema: .....

Critério de Inclusão: ( ) Renda ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Desemprego

( ) Coinfecção/HIV ( ) Outro. Qual.....

Nome do paciente:..... Sexo:.....

Nº do cadastro da Unidade:.....D. Nasc.:.....

Data de entrada no Programa de Apoio Nutricional: ..... / ..... / .....

Peso na entrada: ..... kg                      Altura na entrada: ..... cm

Forma de Tuberculose: ( ) Pulmonar ( ) Extrapulmonar ( ) Mista

Resultado do BK no escarro: ..... Esquema: .....

Critério de Inclusão: ( ) Renda ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Desemprego

( ) Co infecção/HIV ( ) Outro. Qual.....

## PROGRAMA DE APOIO NUTRICIONAL - PAN-TB

### Ficha de desligamento

(obrigatoriamente deve ser encaminhada para o Distrito Sanitário)

**UNIDADE DE SAÚDE:** .....

**Nome do paciente:**.....

**Nº do cadastro:** .....

**Data de desligamento no Programa:** ..... / ..... / .....

**Peso no desligamento:** ..... kg      **Altura no desligamento:** ..... cm

**Motivo do desligamento:** ( ) Cura ( ) Abandono ( ) Óbito  
( ) Transferido para: .....

**UNIDADE DE SAÚDE:** .....

**Nome do paciente:**.....

**Nº do cadastro:** .....

**Data de desligamento no Programa:** ..... / ..... / .....

**Peso no desligamento:** ..... kg      **Altura no desligamento:** ..... cm

**Motivo do desligamento:** ( ) Cura ( ) Abandono ( ) Óbito  
( ) Transferido para: .....

**UNIDADE DE SAÚDE:** .....

**Nome do paciente:**.....

**Nº do cadastro:** .....

**Data de desligamento no Programa:** ..... / ..... / .....

**Peso no desligamento:** ..... kg      **Altura no desligamento:** ..... cm

**Motivo do desligamento:** ( ) Cura ( ) Abandono ( ) Óbito  
( ) Transferido para: .....

## BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA- TUBERCULOSE

Local de origem da transferência	Local de destino da transferência	SINAN
----------------------------------	-----------------------------------	-------

Nome	Data nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
------	-----------------	---

Endereço	Telefone residencial	Telefone celular
----------	----------------------	------------------

Condições do início do tratamento

<p><b>TTMR-TB</b></p> <input type="checkbox"/> Detectável sensível à Rifampicina <input type="checkbox"/> Detectável resistente à Rifampicina <input type="checkbox"/> Não Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizado	<p><b>Prova Tuberculínica</b></p> <p>_____mm</p>	<p><b>Cultura</b></p> <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Outro Material <input type="checkbox"/> Não realizado	<p><b>Resultado</b></p> <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Não realizada	<p><b>Radiologia do tórax</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Consolidação <input type="checkbox"/> Escavação <input type="checkbox"/> Aumento hilar <input type="checkbox"/> Lesão miliar <input type="checkbox"/> Lesão pleural <input type="checkbox"/> Não realizado	<p><b>TB Extrapulmonar</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Geniturin. <input type="checkbox"/> Meningoencef. <input type="checkbox"/> Laringea <input type="checkbox"/> Cutânea	<p><b>BCG</b></p> <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Gang. Perif. <input type="checkbox"/> Óssea <input type="checkbox"/> Miliar <input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
--	--	---	--	---	---	--	---

Comorbidade

<p><b>HIV/AIDS</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<p><b>Outros</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se afirmativo em OUTROS, quais? _____ _____ _____
--	--	---

História terapêutica prévia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Esquema terapêutico</p> <p>Rifampicina ___/___/___ Terizidona ___/___/___</p> <p>Isoniazida ___/___/___ Amicacina ___/___/___</p> <p>Pirazinamida ___/___/___ Clofazimina ___/___/___</p> <p>Etambutol ___/___/___ Etionamida ___/___/___</p> <p>Streptomomicina ___/___/___ Ofloxacina ___/___/___</p> <p>Levofloxacina ___/___/___</p>	<p>Justificativa do esquema</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Internação hospitalar-motivo

\_\_\_\_\_

Data Internação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da alta hospitalar \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Evolução

<p><b>Clinica</b> Melhora <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Inalterada <input type="checkbox"/> Não Realizada <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Radiológica</b> Melhora <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Inalterada <input type="checkbox"/> Não Realiza <input type="checkbox"/></p>
--	--

Baciloscopia

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Resultado	_____					

Considerações do caso e conduta a seguir na nova unidade

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico responsável

Nome \_\_\_\_\_ Carimbo e assinatura \_\_\_\_\_