

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

Providenciar máscara simples para sintomático respiratório, se não estiver em uso.

CRIANÇA < 14 ANOS

Encaminhar para
Telerregulação/Avaliação
Infectologia

PESSOAS ≥ 14 ANOS

Paciente já realizou
algum tratamento
para tuberculose?

SIM

NÃO

Solicitar **TESTE RÁPIDO MOLECULAR** para
tuberculose (TRM-TB)** no Gal + E-saúde

+
BAAR diagnóstico (BAAR D)
(solicitar no E-saúde)

+
Cultura de BAAR (CBAAR)
(solicitar no E-saúde)

+
Agendar consulta médica/enfermagem
para interpretação dos resultados.

[Ver p.3](#)

SIM

NÃO

Solicitar **TESTE RÁPIDO MOLECULAR** para
tuberculose (TRM-TB)** no Gal + E-saúde

+
Cultura de BAAR (CBAAR)
(solicitar no E-saúde)

+
Agendar consulta médica/enfermagem para
interpretação dos resultados.

[Ver p.2](#)

Solicitar **TESTE RÁPIDO MOLECULAR**
para tuberculose (TRM-TB)** no Gal +
E-saúde

+
Agendar consulta médica/enfermagem
para interpretação dos resultados.

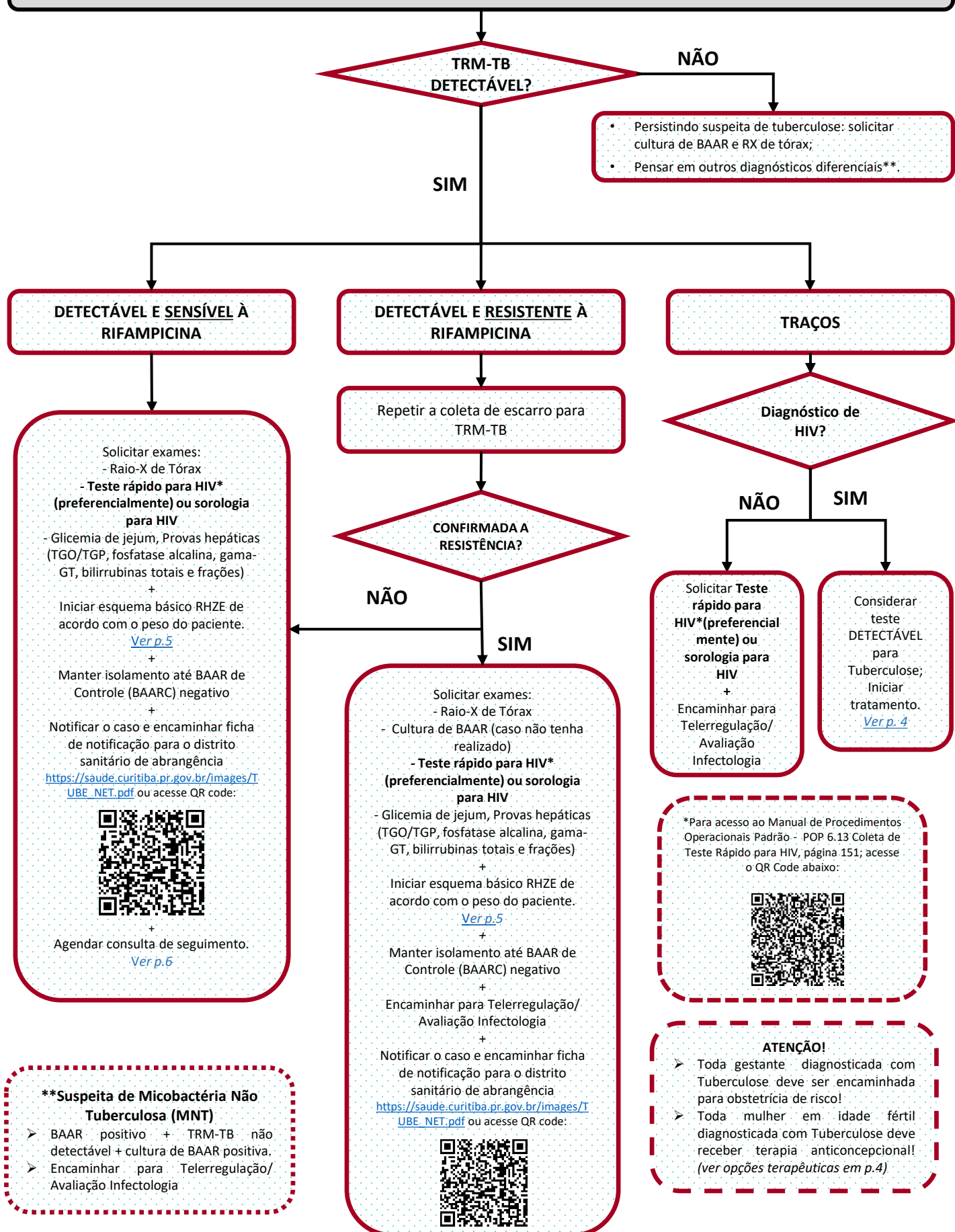
[Ver p.2](#)

**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:



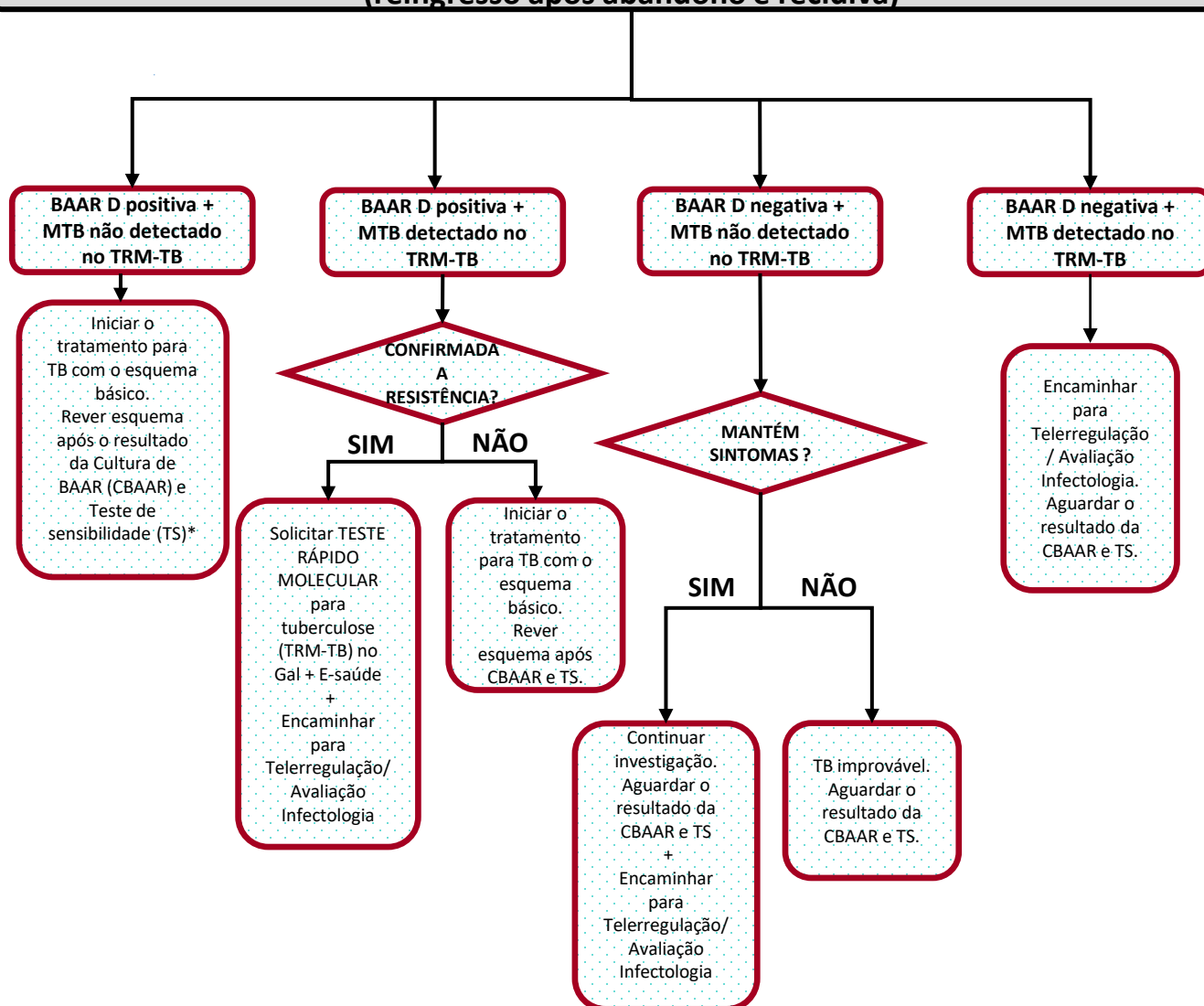


TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE - INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO





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

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 ou acesse QR code⁽¹⁾

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 ou acesse QR code⁽¹⁾

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 ou acesse o QR code¹:

***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 ³	iniciar TARV 2 semanas após o início do tratamento de TB
ausência de sinais de imunodeficiência ou CD4 ≥ 50 células/mm ³	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 antirretroviral²

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/NOVO_SOLICITA%C3%87%C3%83O_TR

[ATAMENTO ADULTO NOVEMBRO 2022.pdf](#)

²Formulário 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

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**.

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.

POSITIVA

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

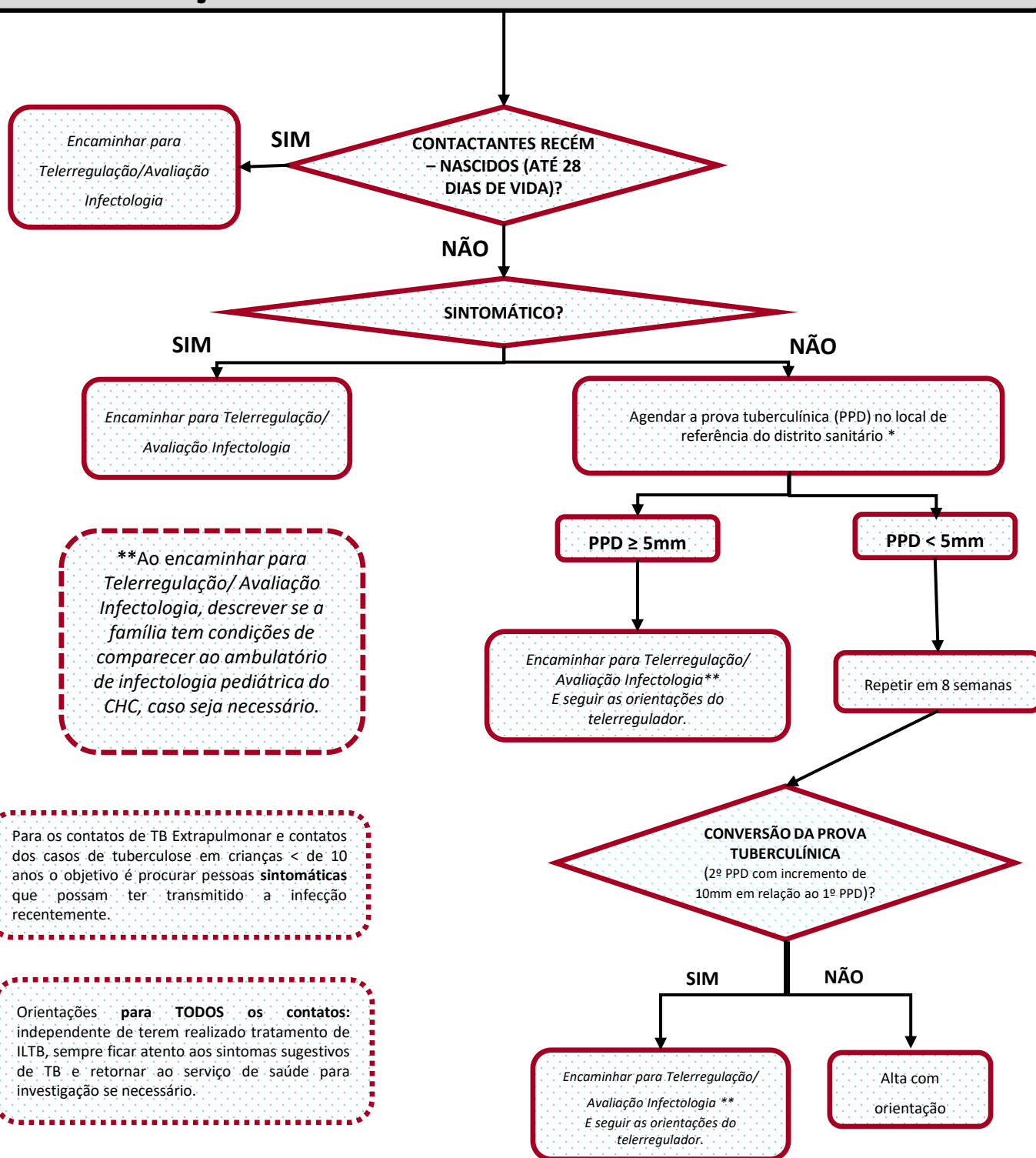
Considerar **FALÊNCIA DO TRATAMENTO** quando a evolução clínica ou radiológica for insatisfatória, mesmo com BAAR de controle (BAARC) negativo ao fim do tratamento E/OU persistência de baciloscopia ao final do 4º mês de tratamento. Nesses casos investigar TB resistente, com a coleta de cultura para BAAR (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. Nesses 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



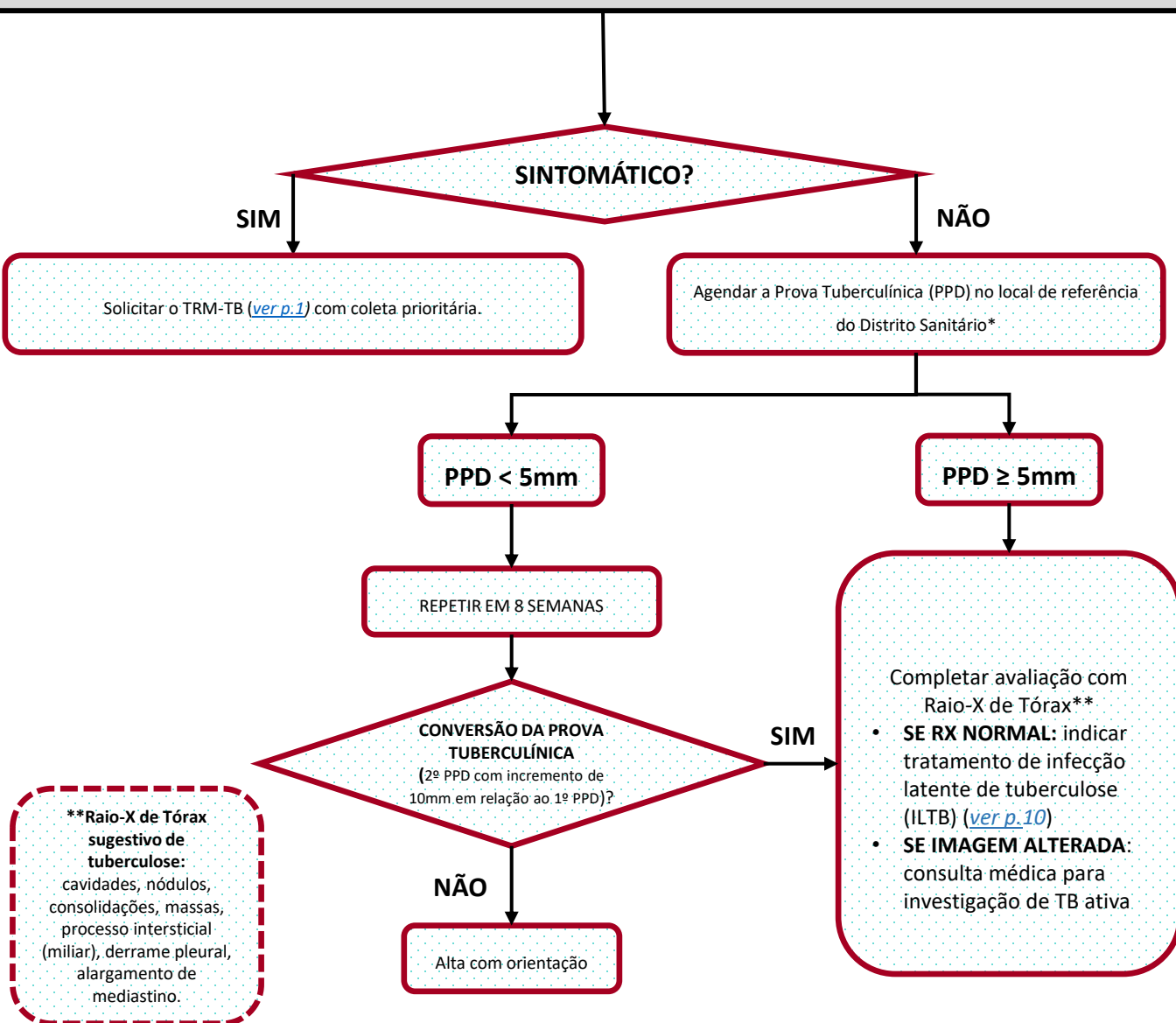
*Locais de Referência para Prova Tuberculínica (PPD)

- **UMS Trindade** (3361-2348/3361-2349): unidades de saúde do distrito sanitário Cajuru;
- **UMS COA** (3321-2781): pessoas vivendo com HIV e pacientes que vão fazer troca ou início de imunobiológico residentes em Curitiba. Unidades de saúde dos distritos sanitários Matriz e Boa Vista;
- **UMS Cândido Portinari**(3314-5208): unidades de saúde do distrito sanitário CIC e Pinheirinho;
- **UMS Nossa Srª Aparecida** (3289-6252/3289-1876): unidades de saúde do distrito sanitário Bairro Novo;
- **UMS Monteiro Lobato** (3396-5381/3396-5366): unidades de saúde dos distritos sanitários Tatuquara e Pinheirinho;
- **Laboratório Municipal de Curitiba- LMC** (para agendamento, ligar no DSPR 3350-3995): unidades de saúde dos distritos sanitários Portão, Santa Felicidade, Boqueirão, Pinheirinho e municípios da região metropolitana.

Os exames devem ser agendados pela unidade de saúde de referência do paciente.



INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS DE TB PULMONAR ≥ 14 ANOS



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.

*Locais de Referência para Prova Tuberculínica (PPD)

- **UMS Trindade** (3361-2348/3361-2349): unidades de saúde do distrito sanitário Cajuru;
- **UMS COA** (3321-2781): pessoas vivendo com HIV e pacientes que vão fazer troca ou início de imunobiológico residentes em Curitiba. Unidades de saúde dos distritos sanitários Matriz e Boa Vista;
- **UMS Cândido Portinari**(3314-5208): unidades de saúde do distrito sanitário CIC e Pinheirinho;
- **UMS Nossa Srª Aparecida** (3289-6252/3289-1876): unidades de saúde do distrito sanitário Bairro Novo;
- **UMS Monteiro Lobato** (3396-5381/3396-5366): unidades de saúde dos distritos sanitários Tatuquara e Pinheirinho;
- **Laboratório Municipal de Curitiba- LMC** (para agendamento, ligar no DSPR 3350-3995): unidades de saúde dos distritos sanitários Portão, Santa Felicidade, Boqueirão, Pinheirinho e municípios da região metropolitana.

Os exames devem ser agendados pela unidade de saúde de referência do paciente.

INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE- ILTB

CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO DA ILTB

SEM PT E SEM IGRA REALIZADOS.

- Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial;
- PVHA contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial;
- PVHA com contagem de CD4+ menor ou igual a 350 cel/ul;
- PVHA com registro documental de ter tido PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião;
- PVHA com RX de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.

PT ≥ 5 MM OU IGRA POSITIVO

- Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG;
- PVHA com CD4+ maior que 350 cel/ul ou não realizado;
- Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequelas de TB;
- Indivíduos em uso de inibidores do TNF- α ou corticosteroides (> 15 mg de prednisona por mais de um mês);
- Indivíduos em pré-transplante de órgãos que farão terapia imunossupressora.

PT ≥ 10 MM OU IGRA POSITIVO

- Silicose;
- Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas;
- Neoplasias em terapia imunossupressora;
- Insuficiência renal em diálise;
- Diabetes mellitus;
- Indivíduos com baixo peso ($< 85\%$ do peso ideal);
- Indivíduos tabagistas (> 1 maço/dia);
- Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.

CONVERSÃO (2º PPD com incremento de 10 mm em relação ao 1º PPD).

- Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial;
- Profissionais da saúde;
- Trabalhadores de instituição de longa permanência;

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
ESQUEMA PREFERENCIAL 3HP Rifapentina 150 mg + Isoniazida 300 mg	➤ Adultos e adolescentes > 14 anos E ≥ 30 kg Isoniazida 300 mg: 900mg/semana Rifapentina 150 mg: 900mg/semana ➤ Crianças de 2 - 14 anos: 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	Esquema Preferencial para todas as indicações da ILTB. - 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. - A Rifapentina pode ser esmagada e adicionada à alimentação semissólida.	- Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida; - Intolerância à Isoniazida; - PVHA em uso de inibidores de protease, Nevirapina e Tenofovir Alafenamida (TAF).
Rifampicina (R) 300 mg	➤ Adultos e crianças ≥ 10 anos: 10mg/kg de peso, até a dose máxima de 600mg/dia. ➤ Crianças < 10 anos: 15 (10 a 20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg/dia	120 doses	4 meses	- Indivíduos > 50 anos; - Hepatopatias; - Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida - Intolerância à Isoniazida .	- PVHA em uso de inibidores de protease, nevirapina e Tenofovir Alafenamida (TAF). - PVHA em uso de Dolutegravir e Raltegravir necessita de ajuste de dose da TARV. <i>Se usuário de TARV, encaminhar para Telerregulação/ Avaliação Infectologia</i>
Isoniazida (H) 100 mg 300 mg	5 a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia	270 doses para PVHA e em uso de Imunossupressor	9 meses	- Contatos de pessoas com TB resistente à Rifampicina; - Intolerância à Rifampicina e Rifapentina; - Crianças de 0 – 1 ano 11 meses e 29 dias.	- Contatos de pessoas com TB monorresistente à Isoniazida; - Intolerância à Isoniazida;
GESTANTES	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

☐ Masc.

☐ Fem.

Endereço

Telefone residencial

Telefone celular

Condições do início do tratamento

■ TTMR-TB

☐ Detectável sensível à Rifampicina

☐ Detectável resistente à Rifampicina

☐ Não Detectável

☐ Inconclusivo

☐ Não realizado

■ Prova Tuberculínica

_____mm

■ Cultura

☐ Escarro

☐ Outro Material

☐ Não realizado

■ Resultado

☐ Positiva

☐ Negativa

☐ Não realizada

■ Radiologia do tórax

☐ sim ☐ não

☐ Normal

☐ Consolidação

☐ Escavação

☐ Aumento hilar

☐ Lesão miliar

☐ Lesão pleural

☐ Não realizado

■ TB Extrapulmonar

☐ Normal

☐ Ocular

☐ Geniturin.

☐ Meningoencef.

☐ Laringea

☐ Cutânea

☐ Pleural

☐ Gang. Perif.

☐ Óssea

☐ Miliar

☐ Outra _____

■ BCG

☐ Sim

☐ Não

☐ Não Sabe

Comorbidade

■ HIV/AIDS

☐ Sim

☐ Não

■ Outros

☐ Sim

☐ Não

Se afirmativo em OUTROS, quais? _____

História terapêutica prévia

Esquema terapêutico

Rifampicina ____/____/____ Terizidona ____/____/____

Isoniazida ____/____/____ Amicacina ____/____/____

Pirazinamida ____/____/____ Clofazimina ____/____/____

Etambutol ____/____/____ Etionamida ____/____/____

Streptomomicina ____/____/____ Ofloxacina ____/____/____

Levofloxacina ____/____/____

Justificativa do esquema

Internação hospitalar-motivo

_____ Data Internação ____/____/____

_____ Data da alta hospitalar ____/____/____

Evolução

Clinica

Melhora ☐

Piora ☐

Inalterada ☐

Não Realizada ☐

Radiológica

Melhora ☐

Piora ☐

Inalterada ☐

Não Realiza ☐

Baciloscopia

Data

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Resultado

Considerações do caso e conduta a seguir na nova unidade

Médico responsável

Nome

Carimbo e assinatura