



**1 DADOS GERAIS**

MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO ATUAL <b>BELO HORIZONTE</b>	CÓDIGO (IBGE) 3   1   0   6   2   0   0	Nº DE NOTIFICAÇÃO
UNIDADE DE SAÚDE ATUAL	CÓDIGO	DATA DA NOTIFICAÇÃO

**2 IDENTIFICAÇÃO**

NOME		NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16)	
PRONTUÁRIO	Nº CARTÃO SUS		DATA DE ATENDIMENTO ATUAL
ENDEREÇO (LOGRADOURO)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	DISTRITO	MUNICÍPIO	

**3 DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

BACILOSCOPIAS DE ACOMPANHAMENTO			
1 – POSITIVA	2 – NEGATIVA	3 – NÃO REALIZADA	4 – NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> 1º MÊS	<input type="checkbox"/> 2º MÊS	<input type="checkbox"/> 3º MÊS	<input type="checkbox"/> 4º MÊS
<input type="checkbox"/> 5º MÊS	<input type="checkbox"/> 6º MÊS	<input type="checkbox"/> APÓS O 6º MÊS	
HIV			
1 – POSITIVO	2 – NEGATIVO	3 – EM ANDAMENTO	4 – NÃO REALIZADO
<input type="checkbox"/>			
CULTURA DE ESCARRO			
1 – POSITIVA	2 – NEGATIVA	3 – EM ANDAMENTO	4 – NÃO REALIZADA
<input type="checkbox"/>			
CULTURA DE OUTRO MATERIAL		PESO	
1 – POSITIVA	2 – NEGATIVA	3 – EM ANDAMENTO	4 – NÃO REALIZADA
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
ESTÁ SOB TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS / DOTS)?		ESTRATIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO	
1 – SIM	2 – NÃO	3 – IGNORADO	
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
DATA DE MUDANÇA DE ESQUEMA DE TRATAMENTO POR INTOLERÂNCIA OU FALÊNCIA	Nº DE CONTATOS REGISTRADOS	Nº DE CONTATOS EXAMINADOS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

OBSERVAÇÕES

**4 ENCERRAMENTO DO CASO**

DATA DE ENCERRAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SITUAÇÃO DO ENCERRAMENTO:

<input type="checkbox"/> 1 - CURA	<input type="checkbox"/> 5 - TRANSFERÊNCIA (ESPECIFICAR O NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE)	<input type="checkbox"/> 6 - MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> 2 - ABANDONO	<input type="checkbox"/> 1 - MESMO MUNICÍPIO: _____	<input type="checkbox"/> 7 - TBDR
<input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO POR TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> 2 - MUNICÍPIO DIFERENTE (MESMA UF): _____	<input type="checkbox"/> 8 - MUDANÇA DE ESQUEMA
<input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	<input type="checkbox"/> 3 - UF DIFERENTE: _____	<input type="checkbox"/> 9 - FALÊNCIA
	<input type="checkbox"/> 4 - PAÍS DIFERENTE: _____	<input type="checkbox"/> 10 - ABANDONO PRIMÁRIO
	<input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 11 - CONTINUA EM TRATAMENTO

NOME	NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16)
FUNÇÃO	ASSINATURA