



ANEXAR ESTA FICHA DE NOTIFICAÇÃO À PRESCRIÇÃO MÉDICA.	
DADOS GERAIS	TIPO DE NOTIFICAÇÃO 1 – CASO NOVO 2 – REINGRESSO APÓS ABANDONO 3 – REENTRADA APÓS MUDANÇA DE ESQUEMA 4 – REEXPOSIÇÃO 5 – REENTRADA APÓS SUSPENSÃO POR CONDIÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL AO TRATAMENTO <input type="checkbox"/>
	DATA DA NOTIFICAÇÃO
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	NOME DO PACIENTE DATA DE NASCIMENTO
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)
	CPF RAÇA / COR <input type="checkbox"/>
	SEXO <input type="checkbox"/> 1 – BRANCA 2 – PRETA 3 – AMARELA 1 – MASCULINO 2 – FEMININO 4 – PARDA 5 – INDÍGENA 6 – IGNORADO
NÚMERO DO CARTÃO SUS NACIONALIDADE <input type="checkbox"/> NOME DA MÃE	
	1 – BRASILEIRA 2 – OUTRA
DADOS DE RESIDÊNCIA	UF MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA REGIÃO DE SAÚDE (CIR)
	REGIONAL DE SAÚDE (MUNICIPAL) LOGRADORURO (RUA, AVENIDA...) NÚMERO
	BAIRRO COMPLEMENTO CEP
	(DDD) TELEFONE PONTO DE REFERÊNCIA
INVESTIGAÇÃO	DESCARTADO TB ATIVA <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 1 – SIM 2 – NÃO 3 – IGNORADO
	RADIOGRAFIA DO TÓRAX <input type="checkbox"/> 1 – NORMAL 2 - ALTERAÇÃO NÃO SUGESTIVA DE TB ATIVA 3 - ALTERAÇÃO SUGESTIVA DE TB ATIVA 4 - NÃO REALIZADO
	HIV <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – EM ANDAMENTO 4 – NÃO REALIZADO 1 – POSITIVO 2 – NEGATIVO 3 – INDETERMINADO 4 – NÃO REALIZADO
	PROVA TUBERCULÍNICA <input type="checkbox"/> CONTATO DE TB <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 1 – SIM 2 – NÃO 3 – NÃO SABE 4 – IGNORADO
	NOME DO CASO FONTE NÚMERO DO SINAN
TRATAMENTO	
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (DISTRITO)	
INDICAÇÃO DE TRATAMENTO DENTRE AS OPÇÕES ABAIXO: <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO SECUNDÁRIA	
<p>SEM PT E SEM IGRA REALIZADO</p> <p>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</p> <p>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-A OU CORTICOSTEROIDES (>15MG DE PREDNISONA POR MAIS DE UM MÊS) 10 - INDIVÍDUOS EM PRÉ-TRANSPLANTE EM TNF</p> <p>PT ≥ 10MM OU IGRA POSITIVO</p> <p>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)</p> <p>19 - INDIVÍDUOS CONTATOS DE PESSOA COM TB CONFIRMADA POR CRITÉRIO LABORATORIAL 20 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE 21 - TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA 22 - OUTRA:</p>	
MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> 1 – ISONIAZIDA 2 – RIFAMPICINA 3 - RIFAPENTINA + ISONIAZIDA	
INVESTIGADOR	
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO	NOME DO INVESTIGADOR FUNÇÃO DO INVESTIGADOR
OBSERVAÇÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
NOME DO MÉDICO PRESCRITOR	NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE
ENDEREÇO DO SERVIÇO DE SAÚDE	