



SOLICITAÇÃO DE TRM-TB, CULTURA, IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS E TESTE DE SENSIBILIDADE

1 PROCEDÊNCIA

| | | | |
|---|-------|--|-------------------|
| INSTITUIÇÃO | | CNES | |
| ENDEREÇO | | TELEFONE / FAX | |
| MUNICÍPIO | | GRS BELO HORIZONTE | |
| NOME DE REGISTRO DO PACIENTE | | | |
| NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2016, QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.) | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | IDADE | GÊNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO | N.º SINAN |
| RESPONSÁVEL PELO ENVIO | | | N.º DE PRONTUÁRIO |
| | | | TELEFONE |

2 DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

TIPO DE CASO
 CASO NOVO RETRATAMENTO CONTROLE DE TRATAMENTO

POPULAÇÃO VULNERÁVEL
 PROFISSIONAIS DE SAÚDE PESSOAS VIVENDO COM HIV / AIDS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE IMIGRANTES
 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA INDÍGENAS CONTATOS DE CASOS DE TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE (TBDR)

TESTE TUBERCULÍNICO
 RESULTADO: _____ mm DATA DA LEITURA / /

HISTÓRICO DE TRATAMENTO
 PACIENTE SEM TRATAMENTO PRÉVIO PARA TB PACIENTE COM TRATAMENTO PRÉVIO PARA TB

| ESQUEMA | ANO | DESFECHO | | | |
|---------|-----|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> CURA | <input type="checkbox"/> ABANDONO | <input type="checkbox"/> RECIDIVA | <input type="checkbox"/> FALÊNCIA |
| | | <input type="checkbox"/> CURA | <input type="checkbox"/> ABANDONO | <input type="checkbox"/> RECIDIVA | <input type="checkbox"/> FALÊNCIA |
| | | <input type="checkbox"/> CURA | <input type="checkbox"/> ABANDONO | <input type="checkbox"/> RECIDIVA | <input type="checkbox"/> FALÊNCIA |

TRATAMENTO ATUAL
 RIFAMPICINA ISONIAZIDA PIRAZINAMIDA ETAMBUTOL ESTREPTOMICINA ETIONAMIDA OUTROS:

3 FATORES PREDISPOANTES PARA MICOBACTERIOSES

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA E/OU RESTRITIVA USO DE DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS DIABETES
 DOENÇA MALIGNA HIV / AIDS OUTROS:

UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS
 PRÓTESE / IMPLANTE DIÁLISE TRANSPLANTE INJEÇÕES E/OU PUNÇÕES REPETIDAS

4 SOLICITAÇÃO DE EXAMES

MATERIAL ENVIADO
 ESCARRO OUTROS: _____

CULTURA / LJ SEMEADO. A PARTIR DE QUAL AMOSTRA CLÍNICA: _____

| DATA DE COLETA | RESULTADO DE BACILOSCOPIA |
|----------------|---------------------------|
| 1ª AMOSTRA / / | 1ª AMOSTRA / / |
| 2ª AMOSTRA / / | 2ª AMOSTRA / / |

SOLICITA-SE
 PESQUISA PARA BAAR (BACILOSCOPIA) TESTE DE SENSIBILIDADE (VER CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO)
 TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE (TRM-TB) IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS
 CULTURA PARA MICOBACTÉRIAS

5 HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

DATA SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)