



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE

1 - Nº DE NOTIFICAÇÃO:		2- DATA DE DIAGNÓSTICO DA ILTB ____/____/____	
3 - DIRES de notificação		4 - Município de Notificação	5 - Unidade de Saúde de notificação
6 - Nome do paciente			
7 - Nome da mãe			
8 - Data de nascimento ____/____/____	9 - Idade [][][]	10 - Complemento idade 1 - Dias 2 - Meses 3 - Anos []	
11 - Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino []	12 - Gestante: 1- Sim 2-Não 3 - Não se aplica []		13 - Recém-nascido 1-Sim 2-Não []
14 - Raça/cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado []			
15 - UF Residência		15.1 - Município Residência:	
16 - Endereço de residência (com ponto de referência):			
17 - Informar área de atuação profissional: 1 - Unidade de Saúde ou laboratório [] 2 - Sistema prisional 3 - Albergue e afins 4 - Instituição de longa permanência 5 - Não se aplica		18 - Se item 17 preenchido, informar a profissão: 1 - médico 2 - enfermeiro 3 - dentista [] 4 - técnico/ aux de enfermagem 5 - ACD/THD 6 - ACS 7 - bioquímico/biólogo/biomédico 8 - técnico de laboratório 9 - agente penitenciário 10- auxiliar administrativo 11 - serviços gerais 12- outros	
19-Contato com portador de tuberculose? 1 - Sim 2 - Não [] 3 - Não sabe	20 - Contato com TBMR? 1 - Sim 2 - Não [] 3 - Não sabe	21 -BCG: 1 - Sim, até os 2 anos de idade 3 - Não [] 2 - Sim, após dos 2 anos de idade 4- Não sabe	
22 - Realizou PT anteriormente? 1 - Sim 2 - Não 3- Não sabe []		23 - Resultado de PT anterior: [][] mm	
24 - Realizou PT atual 1 - Sim 2 - Não (recém-nascido) 3 - Não (HIV+) []		25 - Resultado de PT atual [][] mm	
26 - Raio X de tórax: (realização obrigatória): 1 - Normal 2 - Seqüela de TB não tratada 3 - Calcificação 4 - Patologia não TB [] 5 - Não realizado (Recém-nascido)			
27 - Baciloscopia de escarro: 1 - Negativo 2 - Não realizado []		28 - Sorologia para HIV 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizada []	
29 - Co-morbidade: 1 - DM 2 - Alcoolismo 3 - HIV 4 - Uso de inibidores TNF- α 5 - Transplantados [] 6 - Uso prolongado de corticoide 7 - Tabagismo 8 - Neoplasia 9 - Insuficiência renal 11 - Silicose 12 - Outras			
30 - Se outra comorbidade informar qual: _____			
31- Indicação de tratamento da infecção latente 1 - Contato de paciente 2 - Recém-nascido (contato de bacilífero) 3 - HIV + 4 - Indígena [] 5 - Conversão (profissional de área de risco) 6 - Condições clínicas associadas a alto risco			
32 - Se tratamento iniciado Data de início do tratamento da ILTB: ____/____/____	33 - Medicamento: [] 1 - Isoniazida 2 - Outro *A Isoniazida é a recomendação padrão.	33.1- Se outro medicamento. Qual? _____	33.2 - Se outro. Qual o motivo? 1 - Reação adversa [] 2 - Resistência à isoniazida
34 - Responsável pela notificação: _____			
35 - Número de doses: 1 - 90 doses (RN com PT negativa após 3 meses) 2 - 180 doses 3 - 270 doses []			
36 - Situação de encerramento: 1 - Completo 2 - Abandono 3 - transferido 4 óbito [] 5 - Tratamento não iniciado 6 - Mudança de diagnóstico:Tuberculose ativa 7 - Suspenso por toxicidade			
37 - Data de encerramento: ____/____/____			
38 - Município de encerramento: _____			
39 - Responsável pelo encerramento: _____			