Secretaria de Estado da Saúde
GOVERNO DO PARANÁ

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (TILTB)

Nº da Notificação

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2- Individual

2 Data da Notificação

3 Município de Notificação — Código (IBGE)

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código

Dados do Caso

5 Agravo — **TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (TILTB - QUIMIOPROFILAXIA)** — Código (CID10) **Z 20.1**

6 Data de Início de Tratamento

7 Nome

8 Data de Nascimento

9 (ou) Idade — D - dias M - meses A - anos

10 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

11 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado*

12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) — 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 9-Ignorado

13 Número do Cartão SUS

14 Nome da mãe

Dados de Residência

15 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

16 Número

17 Complemento (ap., casa...) e Ponto de Referência

18 Morador de Rua — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

19 UF

20 Município de Residência — Código (IBGE)

21 Bairro — Código (IBGE)

22 CEP

23 (DDD) Telefone

24 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado

25 País (se residente fora do Brasil) — Código

Dados Complementares do Caso

Indicação do TILTB

26 Indicação do Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (TILTB) — 1 - Sim 2 - Não

- ☐ Recém-nascido co-habitante de paciente bacilífero
- ☐ Criança < 10 anos co-habitante de paciente com TB
- ☐ Adulto/adolescente com 10 anos ou mais co-habitante de paciente com TB
- ☐ Conversão Tuberculínica Recente (nos últimos 12 meses)
  ( ) profissional de saúde ( ) tralhador de sistema prisional
  ( ) trabalhador de instituição de longa permanência
  ( ) profissional de laboratório de micobactéria
- ☐ Doença que predisponha a TB
  ( ) Diabetes ( ) Silicose ( ) Insuficiência renal ( ) Neoplasia
  ( ) HIV/AIDS ( ) Outra_____
- ☐ Imunossupressão por drogas
  ( ) Corticosteróides ( ) Inibidor de TNF alfa ( ) Quimioterápico
  ( ) Transplantado de órgão ( )Outra_____
- ☐ Imagem radiológica de Tb inativa, sem uso prévio do TILTB
- ☐ Outros _____

Dados do Caso Índice (fonte de infecção)

27 Tipo de Contato — 1 - Ausente 2 - Domicílio 3 - Trabalho 4 - Vizinhança 5 - Morador de rua 6 - Outro_____

PREENCHER CAMPOS 28 E 29 SE CONTATO PRESENTE

28 Nome do Caso Índice de Tuberculose

29 Forma de Tuberculose do Caso Índice — 1 - Pulmonar bacilífero 2 - Pulmonar não bacilífero 3 - Pulmonar ignorado 4 - TB extrapulmonar 9 - Ignorado

* Quando pulmonar e extrapulmonar, considerar pulmonar

Dados do Caso

30 Paciente é Institucionalizado — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

31 Se Institucionalizado, qual Instituição — 1-Presídio 2-Orfanato 3-Hosp. psiquiátrico 4-Asilo 5-Outro_____

32 Realizou BCG — 1 - Sim, há dois anos ou mais 2 - Sim, há menos de dois anos 3 - Não 9 - Ignorado

33 Presença de Pega Vacinal — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

34 Rx de Tórax — 1 - Normal 2 - Alterado 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

35 Prova Tuberculínica — 1ª_____mm Data ___/___/___ — 2ª _____mm Data ___/___/___

36 Resultado do Anti-HIV — 1 - Negativo 2 - Já possuía exame positivo 3 - Positivo com diagnóstico atual 4 - Não Realizado 5 - Em andamento 9 - Ignorado

Acompanhamento do Caso

37 Tipo de Tratamento — 1 - Autoadministrado 2 - Supervisionado 9 - Ignorado

38 Droga Utilizada — 1-Isoniazida 2-Outra_____

39 Apresentou Evento Adverso — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

40 Se Evento Adverso, quais sintomas — 1-Gastrointestinais 2- Hepáticos 3-Articulares 4- Neurológicos 5- Cutâneos 6 - Outros_____

41 Quantidade utilizada _____ doses

42 Evolução do Caso — 1-Término TILTB 2-Abandono 3-Evolução Tb doença 4-Transferência 5-Suspensão por evento adverso 6-Suspensão por ordem médica 7-Óbito pela TILTB 8-Óbito por outras causas 9-Outro_____

43 Data do Encerramento

Observações:

Inves-tigador

44 Nome

45 Função

46 Assinatura