

**VII – MÓDULO MICOBACTÉRIAS**  
*(Revisão 00 - 2018)*

**Seção de Micobactérias - (062) 3201-9631**

Responsável: **Sueli Lemes de Ávila Alves**

[lagengomicobacterias@gmail.com](mailto:lagengomicobacterias@gmail.com)



## SUMÁRIO

<b>MICOBACTÉRIAS.....</b>	<b>3</b>
• TUBERCULOSE PULMONAR - ESCARRO DE EXPECTORAÇÃO ESPONTÂNEA, ESCARRO INDUZIDO, LAVADOS BRÔNQUICOS, BRONCO ALVEOLARES, GÁSTRICOS ENTRE OUTROS.....	3
• TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - BIÓPSIA, FRAGMENTOS CUTÂNEOS E DE OSSOS.....	5
• TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - LÍQUIDOS ASSÉPTICOS (LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO, LÍQUIDOS PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, PERICÁRDICO, PERITONEAL e PUS DE CAVIDADE FECHADA).....	6
• TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR - URINA, PUS DE CAVIDADE ABERTA, ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE.....	7
• MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS - INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).....	9
• MICOBACTERIOSE - CONTROLE DE QUALIDADE DE LÂMINAS DE BK e BH.....	11
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>14</b>

**TUBERCULOSE PULMONAR**

**ESCARRO DE EXPECTORAÇÃO ESPONTÂNEA, ESCARRO INDUZIDO, LAVADOS BRÔNQUICOS, BRONCOS ALVEOLARES, GÁSTRICOS ENTRE OUTROS**

Instruções de coleta

**ESCARRO DE EXPECTORAÇÃO ESPONTÂNEA**

- As amostras devem ser colhidas em local aberto, de preferência ao ar livre ou bem ventilado. Para baciloscopias de diagnóstico deve se colher duas amostras, sendo a primeira no momento da consulta e a segunda, no dia seguinte, ao levantar. Para a colheita da segunda amostra o paciente deverá ser orientado a tomar bastante água no dia anterior (no mínimo 08 copos) e dormir sem travesseiro. Ao despertar pela manhã, lavar bem a boca, inspirar profundamente, reter o ar nos pulmões por um instante e lançá-lo fora pelo esforço da tosse escarrando no pote coletor. Repetir a operação por três vezes. Evitar colher saliva;
- As baciloscopias de controle de tratamento devem ser colhidas pela manhã. Enviar apenas 01 amostra ao laboratório. Devem ser realizadas mensalmente ou pelo menos no 2º, 4º e 6º mês de tratamento;

OBS: o LACEN-GO não realiza baciloscopias em amostras de escarro de expectoração espontânea. Estas amostras devem ser processadas pelo laboratório local.

Volume ideal: 5 a 10 mL.

Conservação: até 24 horas à temperatura ambiente. Tempos maiores que 24 horas conservar sob-refrigeração por até 07 dias.

Número de amostras: para baciloscopia - 02 amostras. Demais metodologias - 01 amostra.

**ESCARRO INDUZIDO**

- A amostra deverá ser obtida após nebulização com solução salina hipertônica (5 mL de NaCl 3%) utilizando preferencialmente um nebulizador ultrassônico durante 5 minutos a 20 minutos.

Volume ideal: 5 a 10 mL.

Conservação: até 24 horas à temperatura ambiente. Tempos maiores que 24 horas conservar sob-refrigeração por até 07 dias.

Número de amostras: para baciloscopia de diagnóstico no mínimo 02 amostras, demais metodologias, apenas 01.

**ASPIRADO TRAQUEAL, LAVADO ASPIRADO TRAQUEAL, LAVADO BRÔNQUICO, BRONCOALVEOLAR, TRAQUEOBRÔNQUICO**

- Procedimentos médicos com uso de broncofibroscópio que induzem a expectoração por vários dias. Recomenda-se a colheita sucessiva destes materiais.

**Lembrete:** a substância anestésica é letal para as micobactérias.

Volume ideal: 5 a 10 mL.

Conservação: temperatura ambiente por até 2 horas. Tempo maior que 2 horas conservar sob-refrigeração por até 24 horas.

Número de amostras: para baciloscopia de diagnóstico - 02 amostras. Demais metodologias - 01 amostra.

**LAVADO GÁSTRICO**

- Procedimento médico realizado logo que o paciente acorda, após jejum de 8 a 10 horas. Colher em frascos contendo carbonato de sódio 10%, na proporção de 1mG por 1 mL de lavado. O frasco contendo o carbonato é cedido pelo LACEN-GO.

Volume ideal: 5 mL.

Conservação: temperatura ambiente por até 04 horas e sob refrigeração até 24 horas.

Número de amostras: no mínimo 02 amostras em dias consecutivos.

**OBSERVAÇÃO:** o lavado gástrico é considerado como amostra pulmonar porque visa o recolher o escarro deglutido, principalmente por crianças.

**OBSERVAÇÃO 2:** amostras para TRM-TB devem vir acompanhadas do formulário de solicitação de TRM-TB. (SETUB-ANEXO 10).

(continua...)

## TUBERCULOSE PULMONAR

### ESCARRO DE EXPECTORAÇÃO ESPONTÂNEA, ESCARRO INDUZIDO, LAVADOS BRÔNQUICOS, BRONCOS ALVEOLARES, GÁSTRICOS ENTRE OUTROS

(continuação...)

#### ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE

- Os frascos contendo as amostras devem ser firmemente tampados e em seguida colocados em sacos plásticos individuais com a tampa voltada para cima para evitar derramamento. Usar suportes para conservá-los na posição vertical;
- Amostras conservadas sob-refrigeração devem ser transportadas em caixas térmicas contendo gelo reciclável;
- Nunca colocar os formulários de solicitação dentro das caixas contendo as amostras;
- As amostras para cultura de micobactérias devem ser protegidas da luz solar.

#### Métodos/Tempo para liberação do resultado

- TRM-TB - 02 a 72 horas;
- Baciloscopia– 4 horas a 24 horas;
- Cultura líquida: 04 a 42 dias;
- Cultura sólida: 04 a 60 dias;
- Separação ente espécie tuberculosa e não tuberculosa - 24 horas;
- Identificação de espécie de Micobactérias Não Tuberculosas - 30 dias após a liberação da cultura;
- Teste de Sensibilidade a drogas de 1ª linha: Até 42 dias após a liberação da cultura;
- Teste de Sensibilidade a drogas de 2ª linha: Até 42 dias após a liberação do TS a drogas de 1ª linha.

## TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR BIÓPSIA, FRAGMENTOS CUTÂNEOS E DE OSSOS

### Instruções de coleta

- Materiais colhidos assépticamente por profissional médico;
- Em caso de pleuritis, o fragmento de pleura, deve ser colhido, sempre que possível, pois apresenta positividade em cultura notoriamente superior ao líquido pleural;
- Na suspeita de TB intestinal realizar biópsia por meio de laparotomia através da colonoscopia;
- As fezes não são mais utilizadas para o diagnóstico de micobacteriose intestinal. A pesquisa através de fezes é indicada apenas em pacientes com AIDS e deve ser criteriosamente avaliada pelo médico.

**Volume ideal:** 1 grama ou fragmentos de 3 a 4 mm.

**Conservação:** Os fragmentos devem ser conservados em frascos contendo água destilada ou salina fisiológica esterilizada. **Nunca utilizar formol para realização de cultura.**

**Número de amostras:** 01 de cada sítio.

### ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE

- Os frascos contendo os fragmentos devem ser acondicionados em sacos plásticos individuais utilizando suportes para mantê-los na posição vertical;
- Colocar em caixa de isopor com gelo observando todas as Normas de Biossegurança;
- Proteger da luz solar.

### **Métodos/Tempo para liberação do resultado**

- TRM-TB - 02 a 72 horas;
- Baciloscopia: 04 horas a 24 horas;
- Cultura líquida: 04 a 42 dias;
- Cultura sólida: 04 a 60 dias;
- Separação ente espécie tuberculosa e não tuberculosa - 24 horas;
- Identificação de espécie de Micobactérias NãoTuberculosas: - 30 dias após a liberação da cultura

• Teste de Sensibilidade a drogas de 1ª linha: Até 42 dias após a liberação da cultura;

• Teste de Sensibilidade a drogas de 2ª linha: Até 42 dias após a liberação do TS a drogas de 1ª linha.

Obs: A solicitação de TRM-TB deve vir acompanhada do formulário (SETUB-ANEXO 1), devidamente preenchido.

## TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

### LÍQUIDOS ASSÉPTICOS (LÍQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO, LÍQUIDOS PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, PERICÁRDICO, PERITONEAL e PUS DE CAVIDADE FECHADA)

#### Instruções de coleta

• Colhidos assepticamente por pessoal médico, no maior volume possível e colocado em frasco esterilizado.

**Volume ideal:** maior volume possível.

**Conservação:** os líquidos assépticos podem ser semeados diretamente no meio de cultura sólido ou líquido, e após a semeadura deverão ser conservadas em estufa microbiológica a 36 ° C ±1°C até o envio ao LACEN-GO;

• Amostras “*in natura*” deverão ser conservadas sob-refrigeração em temperatura de 4° a 8° C e enviadas ao LACEN-GO até 24 horas após a colheita.

**Número de amostras:** 01

#### ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE

• Transportar em caixas contendo gelo reciclável no menor tempo possível e nunca superior a 24 horas.

#### Método

• **BACIOSCOPIAS:** pode ser realizada a baciloscopia nestas amostras, mas, por serem paucibacilares devem ser sempre acompanhadas da cultura;

• **TRM-TB** - dentre os líquidos assépticos, o TRM-TB só está validado para o Líquido Céfalo Raquidiano. O pus não é aceitável para essa metodologia.

#### Tempo para liberação do resultado:

• **Baciloscopia:** 04 a 24 horas;

• **TRM-TB:** 02 a 72 horas;

• **Cultura líquida:** 04 a 42 dias;

• **Cultura sólida:** 04 a 60 dias;

• **Separação ente espécie tuberculosa e não tuberculosa** - 24 horas;

• **Identificação de espécie de Micobactérias Não Tuberculosas** - 30 dias após a liberação da cultura;

• **Teste de Sensibilidade a drogas de 1ª linha:** até 42 dias após a liberação da cultura;

• **Teste de Sensibilidade a drogas de 2ª linha:** até 42 dias após a liberação do TS a drogas de 1ª linha;

Obs: a solicitação de TRM-TB deve vir acompanhada do formulário (SETUB-ANEXO 1), devidamente preenchido.

## TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

### URINA, PUS DE CAVIDADE ABERTA, ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE

#### Instruções de coleta

#### 1- Urina

- Após assepsia genital adequada com água e sabão colher o 1º jato da 1ª urina do dia em frasco estéril, de boca larga, com tampa de rosca (**Não desprezar o primeiro jato, pois é nessa porção que se encontram as micobactérias**).

Volume ideal: 40 mL

Número de amostras: mínimo de 03 e máximo de 06 em dias consecutivos.

Conservação: temperatura ambiente por um máximo de 2 horas ou sob-refrigeração 4°C a 8°C por até 24 horas.

#### 2. Pus de cavidade aberta

- Colher por meio de *swab* esterilizado na parte mais profunda da lesão.

Volume ideal: máximo possível.

Número de amostras: 01 *swab* para cada exame solicitado.

Conservação: conservar os *swabs* contendo a amostra em tubos de ensaio de aproximadamente 15 cm de altura, com tampa de rosca contendo 1 mL de água destilada ou solução salina esterilizados. Na impossibilidade de envio imediato ao LACEN-GO conservar sob-refrigeração por no máximo 24 horas.

**3. Aspirado de medula óssea:** amostra colhida por profissional médico utilizando o sulfonato polianetol sódico (SPS) na proporção de 1,5 mL de SPS a 0,35% para 8,5 mL de sangue ou heparina como anticoagulante. Na disponibilidade de meios de cultura líquidos, semear diretamente no frasco após assepsia da tampa do frasco com álcool 70%.

**NUNCA UTILIZAR EDTA** porque é tóxico para micobactérias

- Volume ideal: mínimo de 2 mL.

- Número de amostras: 01 (uma).

- Conservação: semear diretamente nos frascos de meios de cultura líquidos, disponibilizados pelo LACEN-GO após solicitação da UBS ou Temperatura ambiente enviando ao LACEN-GO em até 4 horas após a colheita.

**4. Sangue:** amostra utilizada para os casos suspeitos de tuberculose disseminada. Colhido por profissional de laboratório após antisepsia adequada com álcool 70%. A antisepsia deve ser feita em círculos concêntricos, de dentro para fora. Realizar também a assepsia da tampa do frasco de meio de cultura antes de realizar a semeadura

Volume ideal: mínimo de 2 mL e máximo de 5 mL.

Número de amostras: 02 amostras apresentam maior chance de recuperação do microrganismo.

Conservação: amostra "*in natura*" ou após semeadura em meio de cultura devem ser conservadas em temperatura ambiente por até 24 horas no máximo.

#### Acondicionamento e transporte:

• **Urina:** transportar nos próprios frascos coletores acondicionados em sacos plásticos individuais utilizando suporte para mantê-los na posição vertical. Transportar em caixas térmicas contendo gelo reciclável;

• **Pus de cavidade aberta:** transportar os frascos contendo os *swabs* embalados em sacos plásticos individuais em suportes que evitem derramamento e ao abrigo da luz solar;

• **Sangue e aspirado de medula óssea:** amostras "*in natura*" ou após semeadura em meio de cultura específico, acondicionar em sacos plásticos individuais e transportar em caixas com suporte que evite tombamento dos frascos. Nunca refrigerar estas amostras.

(continua...)

**TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR**  
**URINA, PUS DE CAVIDADE ABERTA, ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA E SANGUE**

(continuação)

**Métodos e tempo para liberação do resultado**

- **Baciloscopia** - 04 a 24 horas;
- **Cultura líquida:** 04 a 42 dias;
- **Cultura sólida:** 04 a 60 dias;
- **Separação ente espécie tuberculosa e não tuberculosa-** 24 horas;
- **Identificação de espécie de Micobactérias Não Tuberculosas** - 30 dias após a liberação da cultura;
- **Teste de Sensibilidade a drogas de 1ª linha:** Até 42 dias após a liberação da cultura;
- **Teste de Sensibilidade a drogas de 2ª linha:** Até 42 dias após a liberação do TS a drogas de 1ª linha.
- **OBSERVAÇÃO:** Estas amostras não são aceitáveis para o TRM-TB.

**Crítérios para rejeição de amostras**

- Amostras colhidas em recipientes inadequados;
- Frascos vazios ou com volume insuficiente para a realização dos procedimentos solicitados;
- Frascos abertos ou com vedação inadequada;
- Sem identificação ou identificação ilegível;
- Sem requisição médica ou requisição médica inadequada;
- Requisição médica rasurada;
- Amostra incompatível com a solicitação médica;
- Amostras colhidas em tempo maiores que aceitáveis para garantir a recuperação dos microrganismos;
- Amostras de sítios assépticos não coletados em frascos esterilizados;
- Amostras enviadas anteriormente que já tenham cultura em andamento;
- Solicitação de TRM-TB para controle de tratamento;

- *Swab* seco, não imerso em água destilada ou solução fisiológica;
- Um único *swab* com solicitação de vários procedimentos.
- Secreções colhidas e enviadas na própria seringa;
- Coleção de urina de 24 horas;
- Mais de uma amostra do mesmo sítio, por paciente, coletada no mesmo dia;
- Urina de jato médio para cultura de micobactérias;
- Sangue ou aspirado de medula óssea colhidos com EDTA;
- Um *swab* com solicitação de vários exames;
- Falta de critérios clínicos epidemiológicos para realização do exame.



## MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)

### Instruções de coleta

#### a) (amostras “*in natura*”)

- **Fragmentos de tecidos** – Procedimento médico. Colher 2 ou 3 fragmentos com volume máximo de 1 cm<sup>3</sup>;
- **Secreções obtidas por punções percutâneas** – realizar a antisepsia da pele com clorexidina alcoólica. Puncionar e aspirar o conteúdo do abscesso. Transferir a amostra para frasco esterilizado com tampa de rosca. **Obs.** Se o volume coletado for inferior a 1,0 mL, lavar o interior da seringa em 2,0 mL de soro fisiológico estéril. **Evitar coher secreções por meio de swabs porque, pode resultar em falso negativo, devido à escassez de material;**
- **Próteses** – Imediatamente após a retirada da prótese, com auxílio de um *swab* esterilizado realizar o raspado do material aderido à mesma. Enviar ao laboratório no menor tempo possível.

### Material e conservação para envio

- **Fragmentos de tecidos** – Acondicionar em frasco esterilizado contendo 5 a 10 mL de soro fisiológico estéril por até 1 hora à temperatura ambiente. Tempos maiores, conservar sob-refrigeração por no máximo 24 horas. Para realização de culturas **nunca utilizar formol como conservante;**
- **Secreções** – Colhidas em frascos esterilizados que devem ser acondicionados em sacos plásticos individuais. Conservar em temperatura ambiente por até uma hora. Tempos maiores, conservar sob-refrigeração por no máximo 24 horas;
- **Próteses** – colocar o *swab* utilizado para a coleta em um frasco contendo 1mL de soro fisiológico estéril.

### Transporte

Acondicionar adequadamente em recipientes esterilizados, fechados, envolvidos em sacos plásticos e transportados em suportes de forma a manter o recipiente na posição vertical.

### Informações importantes

- A pesquisa de MNT está indicada em casos de suspeita de micobacterioses ou infecção hospitalar por este microrganismo;
- Enviar imediatamente ao LACEN-GO acompanhadas do Formulário de SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS (SETUB-ANEXO 2).

**OBS.:** A colheita de secreção de fístulas **não é recomendada** porque pode resultar em falsos negativos devido ao crescimento de colonizantes.

### Método

- **Baciloscopia:** Coloração de Ziehl Neelsen;
- **Cultura:** Semeadura direta em meio de Löwenstein-Jensen;
- **Identificação de espécie de MNT** – PRA *hsp* 65;
- **Teste de Sensibilidade:** Concentração Inibitória Mínima (CIM).

### Métodos e Tempo para liberação do resultado

- **Baciloscopia** - 04 a 24 horas;
- **Cultura líquida:** 04 a 42 dias;
- **Cultura sólida:** 04 a 60 dias;
- **Separação ente espécie tuberculosa e não tuberculosa-** 24 horas;
- **Identificação de espécie de Micobactérias Não Tuberculosas** - 30 dias após a liberação da cultura;
- **Teste de Sensibilidade para MNT** - Até 60 dias após a identificação de espécie.

(continua...)

**MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS  
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)***(continuação...)***Critérios para rejeição de amostra****b) Isolados de micobactérias****Material e conservação para envio**

• **Isolados** – Comunicar à SMS/SVS/DVISAM/ Goiânia/COMCISS (062 - 3524 1552) ou SES/SUVISA/CESPCISS (062 – 3201 3934 para notificação do caso e fornecimento dos dados necessários ao preenchimento do Formulário para solicitação de identificação de MNT (SETUB-ANEXO 3).

**Transporte**

• Embalar os frascos contendo os isolados em sacos plásticos e acondicioná-los em caixas adequadas para transporte de isolados bacterianos.

**Método**

- **Identificação de espécie de MNT** – PRA *hsp* 65.
- **Teste de Sensibilidade:** Concentração Inibitória Mínima (CIM).

**Informações importantes**

- No município de Goiânia, após a notificação do caso à COMCISS (62- 3524 1552) um profissional da SMS/VEM se encarregará de coletar o isolado no laboratório responsável pela notificação e encaminhá-lo ao LACEN-GO conforme o fluxo estabelecido, (SETUB-ANEXO 4).
- No caso de amostras provenientes de laboratórios de municípios do interior do estado, o contato deverá ser feito com a SES/SUVISA/CESPCISS (062 – 3201 3934).
- Os resultados serão expedidos do LACEN-GO para as Vigilâncias Sanitárias que se encarregarão da investigação de IRAS/Surtos e repasse dos resultados aos pacientes e/ou profissionais de saúde, quando necessário. Não serão recebidos isolados transportados pelo paciente.

**Tempo para liberação do resultado**

- Identificação de espécie: 30 a 60 dias após a entrada no LACEN-GO.
- TS para MNT: os resultados serão liberados em até 60 dias após a identificação da espécie.

- Não enviadas pela Vigilância Epidemiológica Municipal (VEM);
- Tubos sem identificação ou com identificação ilegível;
- Tubos com rótulo de identificação sobre a parte inclinada do meio de cultura impossibilitando a leitura;
- Sem os formulários de acompanhamento fornecidos pelo LACEN-GO devidamente preenchidos;
- Sem crescimento bacteriano;
- Meio de cultura não íntegro, vencido, ressecado, ou com crescimento de contaminantes;
- Aspecto do meio de cultura alterado (cor, grumos, liquefeito etc);
- Semeadura em meios de cultura não específicos para micobactérias;
- Semeadura de amostras clínicas de sítios não estéreis sem a prévia descontaminação orientada pelo LACEN-GO.

**MICOBACTERIOSE****CONTROLE DE QUALIDADE DE LÂMINAS DE BK e BH****Instruções de Envio para lâminas de BK**

• As lâminas deverão ser enviadas com intervalos trimestral, quadrimestral ou semestral conforme cronograma (SETUB-ANEXO 5).

**Material e conservação para envio**

• Todas as lâminas de baciloscopias para tuberculose deverão ser separadas mensalmente, em ordem numérica e arquivadas em caixas de papelão ou plástico até o momento de envio ao LACEN-GO.

**Transporte**

• As lâminas deverão ser enviadas até 30 dias após o vencimento dos períodos estabelecidos pelo cronograma, em caixas apropriadas, devidamente acondicionadas para evitar a quebra das mesmas.

**Informações importantes**

• **Obs.** As lâminas que não estiverem dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pelo Programa de Controle de Qualidade de Lâminas do LACEN-GO, serão devolvidas após o preenchimento do Formulário de Rejeição de Lâminas, (SETUB-ANEXO 6);

-Deverão estar acompanhadas dos seguintes documentos:

• Formulário de encaminhamento de lâminas para BK e BH, devidamente preenchido e assinado pelos vários níveis (laboratório local, regional de saúde, LACEN-GO), (SETUB-ANEXO 7);

• Xérox reduzida do Livro Branco (SETUB-ANEXO 8);

• Informe Mensal atualizado e devidamente preenchido, (SETUB-ANEXO 9).

**Método**

• Releitura em cego.

**Tempo para liberação**

• 30 dias após a chegada no LACEN-GO .

Os relatórios são liberados para as regionais que deverão encaminhar cópias aos laboratórios locais no período máximo de 15 dias após o recebimento dos mesmos.

**Instruções de Envio para lâminas de BH**

• As lâminas deverão ser enviadas com intervalos trimestral, quadrimestral ou semestral conforme cronograma no (SETUB-ANEXO 5).

**Material e conservação para envio**

• Todas as lâminas de baciloscopias para hanseníase lidas pelo laboratório local deverão ser arquivadas mensalmente, em ordem numérica utilizando caixas de papelão ou plástico até o momento de envio ao LACEN-GO .

**Transporte**

• As lâminas deverão ser enviadas até 30 dias após o vencimento dos períodos estabelecidos pelo cronograma, em caixas apropriadas, devidamente acondicionadas para evitar a quebra das mesmas.

**Informações importantes**

Deverão estar acompanhadas dos seguintes documentos:

• Formulário de encaminhamento de lâminas para BK e BH, devidamente preenchido e assinado pelos vários níveis (laboratório local, regional de saúde, LACEN-GO ); (SETUB-ANEXO 7).

• Formulário de encaminhamento de lâminas de BH, (SETUB-ANEXO 10).

**Método**

Releitura em cego.

**Tempo para liberação**

• 30 dias após a chegada ao LACEN-GO.

Os relatórios são liberados para as regionais que deverão encaminhar cópias aos laboratórios locais no período máximo de 15 dias após o recebimento dos mesmos.

(continua...)

**MICOBACTERIOSE**  
**CONTROLE DE QUALIDADE DE LÂMINAS DE BK e BH**

(continuação...)

**Crítérios para rejeição de lâminas**

- Lâminas quebradas;
- Lâminas não separadas mensalmente;
- Acondicionamento inadequado das lâminas (em envelopes sem caixas);
- Preenchimento incompleto/incorreto e/ou sem a assinatura e carimbo do profissional responsável pelo laboratório nos formulários de encaminhamento;
- Sem a(s) cópia(s) do Livro Branco para as baciloscopias de TB (SETUB-ANEXO 8);
- Sem os formulários de Informe Mensal ao Programa para as lâminas de TB (SETUB-ANEXO 9);
- Sem os formulários adequados, corretamente preenchidos, para identificação das lâminas de hanseníase (SETUB-ANEXO 10);
- Fora do período estabelecido para envio (SETUB-ANEXO 5);
- Lâminas não identificadas ou ilegíveis;
- Identificação das lâminas não confere com os formulários;
- Sem identificação do município e regional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de vigilância sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Laboratorial da Tuberculose e Outras Micobactérias. Manual Nacional de Vigilância. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde. Módulo7: Detecção e Identificação de Micobactérias de Importância Médica. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, Capítulo 5. Brasília-DF, 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública. Brasília-DF, 2016.

FIND (Foundation For Innovative New Diagnostics) Salman H. Siddiqi, Sabine Rüscher-Gerdes, Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT ) Procedure Manual, 2006.

GLI, Global Laboratory Initiative Advancing TB Diagnosis - Micobacteriology Laboratory Manual, Stop TB Partnership. 1ª edição, abril, 2014.

## ANEXOS

- **GAL-ANEXO 1** – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA
- **GAL-ANEXO 2** – REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL
- **GAL-ANEXO 3** – RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO
- **SETUB-ANEXO 1** - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE (TRM-TB)
- **SETUB-ANEXO 2** - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS
- **SETUB-ANEXO 3** - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS
- **SETUB-ANEXO 4** - FLUXO DE ENVIO DE ISOLADOS BACTERIANOS PARA IDENTIFICAÇÃO DIFERENCIAL DE MICOBACTÉRIAS NO LACEN-GO
- **SETUB-ANEXO 5**- CRONOGRAMA PARA ENVIO DE LÂMINAS AO LACEN-GO
- **SETUB-ANEXO 6** - FORMULÁRIO PARA REJEIÇÃO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE
- **SETUB-ANEXO 7** - FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS DE TB E HANSEN NO LACEN-GO
- **SETUB-ANEXO 8** – XÉROX REDUZIDA DO LIVRO BRANCO
- **SETUB-ANEXO 9** - INFORME MENSAL DO LABORATÓRIO AO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)
- **SETUB-ANEXO 10** - FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS DE HANSENÍASE AO LACEN-GO – SUPERVISÃO INDIRETA DE BACILOSCOPIA PARA HANSENÍASE

**GAL-ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

**Requisição de Exame**

---

REQUISIÇÃO

1] Nº Requisição:	2] Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3] CNES:*
4] Município de Atendimento:		5] Código IBGE:*
6] UF:		
7] Nome do Profissional de Saúde:*		8] Registro Conselho/Matrícula:*
9] Assinatura:		
10] Data de Solicitação:*	11] Data dos Primeiros Sintomas:	12] Caso: 1 - Suspeito    2 - Comunicante    3 - Acompanhamento    4 - Controle    5 - Óbito 6 - Caso grave    7 - Surto    8 - Diagnóstico    9 - Ignorado
13] Tratamento: Quantidade:    1 - Dia    2 - Semana    3 - Mês    4 - Ano    9 - Ignorado	14] Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento    2 - Tratamento    3 - Retratamento    4 - Avaliação de Resistência    9 - Ignorado	15] Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado
16] Data da Última Dose:		
17] Vacina?	18] Finalidade: 1 - Campanha    2 - Inquérito    3 - Investigação    4 - Programa    5 - Protocolo    6 - Projeto    9 - Ignorado	
19] Nome do Paciente:*		
20] Data de Nascimento:*		
21] Idade:*	22] Sexo:*	23] Idade Gestacional:
Quantidade:    1 - Hora(s)    2 - Dia(s)    3 - Mês(es)    4 - Ano(s)	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trim.    2 - 2º Trim.    3 - 3º Trim.    4 - Ignorada 5 - Não    6 - Não se Aplica    9 - Ignorado
24] Nacionalidade:	25] Raça/Cor: 1 - Branca    2 - Preta    3 - Parda 4 - Amarela    5 - Indígena    99 - Sem Informação	
26] Etnia:		27] Nome da Mãe:
28] Documento 1: 1 - RG    2 - CPF    3 - CNH    4 - CNS Número: 5 - CNASC    6 - PRONT    7 - INFOPEN		29] Documento 2: 1 - RG    2 - CPF    3 - CNH    4 - CNS Número: 5 - CNASC    6 - PRONT    7 - INFOPEN
30] Logradouro: (Rua, Avenida...)		
31] Número:		
32] Complemento do Logradouro:		33] Ponto de Referência:
34] Bairro:		
35] Município de Residência:*		36] Código IBGE:*
37] UF:		
38] CEP:		39] DDD / Telefone:
40] Zona: 1 - Urbana    2 - Periurbana    3 - Rural    4 - Silvestre    9 - Ignorada		41] País (Se reside fora do Brasil):*

---

AMOSTRA / EXAME

42] Exame Solicitado:*	43] Material Biológico:*	44] Localização:	45] Amostra: 1ª, 2ª, 3ª, Única	46] Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTFV 6 - PF 7 - PA 8 - PIG 9 - BF 10 - PF	47] Data da coleta:*	48] Hora da coleta:	49] Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:    Data início do uso:

---

SINAN

50] Agravo/Doença:	51] CID 10:*	52] Nº Notificação do SINAN:*	53] Data de Notificação:*
54] Unidade de Saúde Notificante:			55] CNES*
56] Município de Notificação:			57] Código IBGE*
58] UF:			

---

DADOS COMPLEMENTARES

59] Dados Clínicos/Laboratoriais:
-----------------------------------

\*Campo de preenchimento obrigatório

(continua...)

**GAL-ANEXO 1 - Continuação...**

(verso)

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . Ex: CRM/RJ 1234.
09	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato dd/mm/aaaa.
11	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
12	Classificação do tipo de caso: 1 – <i>Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo)</i> ; 2 – <i>Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso)</i> ; 3 – <i>Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo)</i> ; 4 – <i>Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado)</i> ; 5 – <i>Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis)</i> ; 6 – <i>Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não)</i> ; 7 – <i>Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita)</i> ; 8 – <i>Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
13	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia).
14	Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - <i>Pretratamento (sem tratamento)</i> ; 2 - <i>Tratamento (sob medicação)</i> ; 3 - <i>Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento)</i> ; 4 - <i>Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivos a resistência)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
15	O paciente tomou vacina? – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
16 e 17	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
18	Finalidade da requisição: 1 – <i>Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico)</i> ; 2 – <i>Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico)</i> ; 3 – <i>Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas)</i> ; 4 – <i>Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais)</i> ; 5 – <i>Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal)</i> ; 6 – <i>Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> . Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19	Paciente: nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
20	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.
21	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – <i>Hora(s)</i> ; 2 – <i>Dia(s)</i> ; 3 – <i>Mês(s)</i> e 4 – <i>Anos</i> . <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
22	Sexo do paciente. F – <i>Feminino</i> ; M – <i>Masculino</i> e 1 – <i>Ignorado</i> . <b>(OBRIGATÓRIO)</b>
23	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
24	Nacionalidade: País de origem do paciente.
25	Raça/Cor: 1 – <i>Branca</i> ; 2 – <i>Preta</i> ; 3 – <i>Parda</i> ; 4 – <i>Amarela</i> ; 5 – <i>Indígena</i> e 99 – <i>Sem informação</i> .
26	Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
27	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
28 e 29	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555). 1 – <i>RG – Carteira de Identidade</i> ; 2 – <i>CPF – Cadastro de Pessoa Física</i> ; 3 – <i>CNH – Carteira Nacional de Habilitação</i> ; 4 – <i>CNS – Cartão Nacional de Saúde</i> ; 5 – <i>CNAS – Certidão de Nascimento</i> ; 6 – <i>PRONT – Prontuário</i> e 7 – <i>INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias</i> .
30	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32	Dados complementares do logradouro do paciente.
33	Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34	Bairro do logradouro do paciente.
35	Município do logradouro do paciente.
36	Código do IBGE correspondente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
37	Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente.
38	CEP – Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
40	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 – <i>Urbana</i> ; 2 – <i>Periurbana</i> ; 3 – <i>Rural</i> ; 4 – <i>Silvestre</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
41	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
42	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.
43	Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
44	Informar caso o material biológico requiera localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. <i>Abdômen, Braço direito</i> , ...
45	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
46	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1 - <i>IN – Amostra in Natura</i> ; 2 - <i>IB – Isolado Bacteriano</i> ; 3 - <i>LM – Lâmina</i> ; 4 - <i>MTB – Meio de Transporte Bacteriano</i> ; 5 - <i>MTV – Meio Transporte Viral</i> ; 6 - <i>FF – Fixado em Formol</i> ; 7 - <i>FA – Fixado em Álcool</i> ; 8 - <i>FO – Fixado em Outros</i> ; 9 - <i>BP – Bloco de Parafina</i> e 10 - <i>PF – Em Papel de Filtro</i> .
47	<b>Data da Coleta.</b> Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato dd/mm/aaaa
48	<b>Hora da Coleta.</b> Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
49	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> Caso a informação seja 1 – <i>Sim</i> , Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN <b>(PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
52	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
53	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE)</b> .
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO)</b> .
58	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO)</b> .
59	Dados Clínicos / Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.



GAL-ANEXO 2 - REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL



Governo do Estado de Goiás  
Secretaria de Estado da Saúde  
**LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS**  
Av. Contorno nº 3.556 - Jardim Bela Vista  
CNPJ: 02.529.964/0012-00  
Site: <http://www.lacen.go.gov.br/> - E-mail: [lacen.dirgeral@saude.go.gov.br](mailto:lacen.dirgeral@saude.go.gov.br)  
Telefone: (62)3201-3888 - Fax: (62)3201-3884



<b>Paciente</b>	
<b>Nome</b> XXXXX	<b>Data de Nascimento</b> 22/10/2011
<b>Nacionalidade</b> BRASIL	<b>Idade</b> 2 ANO(S)
<b>Idade gestacional</b>	<b>Sexo</b> MASCULINO
<b>Documentos do Paciente</b> RG: xxxxxxxx,	<b>Raça</b>
<b>N. Complemento</b> XX XX	<b>Etnia</b>
<b>Logradouro</b> XXXXX	<b>Nome da Mãe</b> XXXXXX
<b>Município</b> GOIANIA	<b>Referência</b> XX
<b>Cod. IBGE</b> 520870	<b>Bairro</b> XX
<b>UF</b> GO.	<b>CEP</b> XXXXX
	<b>Telefone</b> (62)222-2222
	<b>Zona</b> URBANA

<b>Requisitante</b>	
<b>Unidade de Saúde</b> LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS	<b>Cód. CNES</b> 2338343
<b>Profissional de Saúde</b> XXXXX	<b>Município</b> GOIANIA
	<b>Cod. Município</b> 520870
	<b>N. Registro/Classe Profissional</b> CRM XXX

<b>Dados da Solicitação</b>				
<b>Data da Solicitação</b> 01/01/2014	<b>Data dos 1ºs Sintomas</b> 31/12/2013	<b>Caso</b> SUSPEITO	<b>Tratamento</b> 1 DIA(S)	<b>Etapa</b> PRÉ-TRATAMENTO
<b>Paciente tomou Vacina?</b> NÃO	<b>Data da Última Dose</b>	<b>Qual Vacina?</b>	<b>Finalidade</b> Investigação	<b>Descrição</b> Dengue

Dengue, Sorologia - Soro - Amostra Única -							Medicamento		
Exame	Metodologia	Material	Localizacao	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?Nome	Data de Início do Uso
Dengue, IgM	Enzimmalmunoensalo	Soro		Única	Amostra "in natura"	22/01/2014			








<b>Notificação SINAN</b>			
<b>Agravo/Doença</b> DENGUE	<b>CID 10</b> A90	<b>N.º Notificação</b> 122222222222	<b>Data da Notificação</b> 01/01/2014
<b>Unidade de Saúde Notificante</b> LACEN LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA			<b>CNES</b> 2494086
<b>Município</b> PALMAS		<b>Cód. IBGE</b> 172100	<b>UF</b>

<b>Observações</b> xxxxxxxxxx
----------------------------------

**GAL-ANEXO 3 - RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO**

**GAL - Exames Encaminhados para a Rede de Laboratórios**

**Origem:** APAE GOIANIA  
**Destino:** LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS  
**Período:** 22/01/2014 às 00:00:00 até 22/01/2014 às 23:59:59

Requisição	Paciente	Exame	Metodologia	Material	Amostra	Usuario	Data
 140189000001	XXXXX	Dengue, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:19
 140189000001	XXXXX	Hepatite A, Anti HAV - IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, Anti HBc Total	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, HBsAg	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, Avidez IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20

Recebido por: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_ h \_\_\_\_ em \_\_\_\_ m.

**SETUB-ANEXO 1 – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE (TRM-TB)**

**Formulário de Solicitação para Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)**

<b><u>DADOS DO PACIENTE</u></b>		
UNIDADE DE SAÚDE:	CNES	
NOME DO PACIENTE:	SEXO: MASC( ) FEM ( )	
Nº CARTÃO SUS:	DATA NASCIMENTO: / /	
ENDEREÇO:	TELEFONE:( )	
MUNICÍPIO:	UF:	NOME DA MÃE:
<b><u>DADOS DA AMOSTRA</u></b>		
TIPO DE AMOSTRA CLÍNICA: DATA E HORA DA COLETA:		
<b><u>OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE</u></b>		
<p><b>FAZ PARTE DE POPULAÇÃO VULNERAVEL?</b> ( ) SIM ( ) NÃO. Em caso afirmativo assinalar qual.</p> <p>( ) População Privada de Liberdade ( ) Profissional de saúde ( ) Pessoas vivendo com HIV/AIDS</p> <p>( ) Diabético ( ) Tabagista ( ) Usuários de Drogas ( ) População Indígena</p> <p>( ) População em situação de rua ( ) Outros - descrever</p>		
<b><u>SITUAÇÃO CLÍNICA</u></b>		
<p><b>1. CASO NOVO</b> (pessoas nunca previamente tratadas) ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p><b>2. CASO DE RETRATAMENTO</b> (pessoas tratadas em algum momento da vida, retorno após abandono ou suspeita de recidiva). ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p><b>3. CONTROLE DE TRATAMENTO</b> (pessoas em tratamento para tuberculose?) ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>Em caso afirmativo informar o mês de tratamento: ( ) 1º MÊS; ( ) 2º MÊS; ( ) 3º MÊS;</p> <p>( ) 4º MÊS; ( ) 5º MÊS; ( ) 6º MÊS; ( ) OUTROS descrever</p>		
<b><u>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</u></b>		
<p>Foi realizada baciloscopias no laboratório local? ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>Em caso afirmativo, assinale o resultado</p> <p>( ) Negativo ( ) POS + ( ) POS ++ ( ) POS +++</p> <p>( ) Observados menos de 09 bacilos em 100 campos examinados</p>		
OBSERVAÇÕES:		

Responsável pela Solicitação, local e data

Responsável pelo Laboratório, local e data.

*Missão: Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública.*

Av. Contorno nº 3556 - Jardim Bela Vista – Goiânia – Goiás - CEP 74.853-120  
Fone: (62) 3201 3888 - Fax: (62) 3201 3884  
lacengo.dirgeral@gmail.com

SETUB-ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE  
PARA MICOBACTÉRIAS

SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS

SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS

DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO:		Nº ONES:		Nº GERAL:	
UNIDADE DE SAÚDE:				TELEFONE:	
NOME DO PACIENTE:				GÊNERO: ( ) MASC ( ) FEM	
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE ATUAL:	NOME DA MÃE		
ENDEREÇO COMPLETO:					
BAIRRO:		MUNICÍPIO:	CEP:		TELEFONE:
PROCEDÊNCIA DO PACIENTE: ( ) AMB. ( ) HOSPITAL				Nº FRONTUÁRIO:	
( ) PACIENTE COM TRATAMENTO PRÉVIO PARA TB				( ) PACIENTE SEM TRATAMENTO PRÉVIO PARA TB	
DADOS CLÍNICOS					
GRUPO DE VULNERABILIDADE					
( ) DEPENDENTE DE ALCOOL	( ) DIABÉTICO	( ) PRESIDIÁRIO	( ) USUÁRIO DE DROGAS IV	( ) PORTADOR DE FIBROSE CÍSTICA	( ) PORTADOR DE SIDA/AIDS
PORTADOR DE OUTRA IMUNODEFICIÊNCIA? QUAL?					
AMOSTRA CLÍNICA					
( ) ESCARRO ESPONTÂNEO		( ) ESCARRO INDUZIDO		( ) OUTRA : _____	VIA DE OBTENÇÃO: _____
ASPECTO DO ESCARRO:					
( ) SALIVA	( ) MUCOPURULENTO		( ) SANGUINOLENTO		( ) LIQUEFEITO
DATA DA COLETA			Nº DE AMOSTRAS:		
SOLICITAÇÃO – CULTURA					
( ) INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA		( ) IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE		( ) CONTROLE DE TRATAMENTO	( ) TESTE DE SENSIBILIDADE
( ) 1ª AMOSTRA		( ) 2ª AMOSTRA	( ) 1º MÊS	( ) 2º MÊS	( ) 3º MÊS
			( ) 4º MÊS	( ) 5º MÊS	( ) 6º MÊS
CRITÉRIO PARA TESTE DE SENSIBILIDADE:					
( ) FALÊNCIA	( ) ABANDONO	( ) RECIDIVA	( ) CO-INFECÇÃO	( ) CONTATO COM TB MDR	
RESPONSÁVEL:					
INSTITUIÇÃO:				TELEFONE:	

*Missão: Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da saúde pública.*

Av. Contorno n° 3.556 Jardim Bela Vista. Fone: 62 32013888 Fax: 62 32013884  
lacen@lacen.go.gov.br

**SETUB-ANEXO 3 - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE  
MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS  
NÃO TUBERCULOSAS**

**I. Procedência da amostra:**

Instituição: \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**II. Material de envio:**

Espécime Clínico  Cultura  
Se espécime clínico – Qual? \_\_\_\_\_  
Se cultura, de qual espécime foi isolado? \_\_\_\_\_  
Número da Cultura: \_\_\_\_\_

**III. Dados clínicos do paciente:**

1. Já teve tuberculose:  SIM  NÃO  Sem informação
2. Caso de surto de micobactérias:  SIM  NÃO  Sem informação
3. Doenças pulmonar obstrutiva e/ou destrutiva:
- Micose curada  Doença maligna  Bronquite crônica  Bronquiectasia  
 Pneumonicose  Silicose  Tuberculose curada  Sem informação
4. Imunossupressão:
- HIV/AIDS  Diabetes  Sem informação  Doença maligna  
 Uso de imunossupressores

**5. Procedimentos invasivos:**

Prótese/ implante  Injeções/ punção repetidas  Transplante  
 Diálise  Videolaparoscopia  Sem informação

**IV. Resumo da doença atual:**

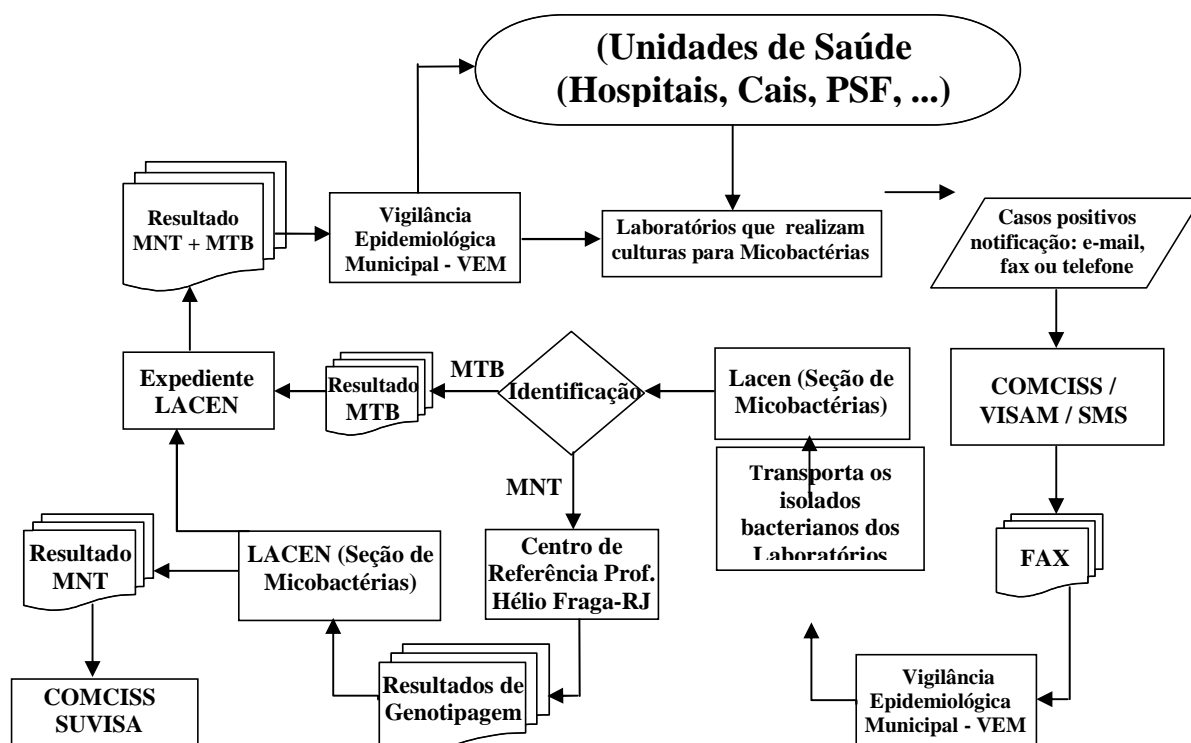
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsável pelo envio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Missão: Participar de ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade  
Coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública*

**SETUB-ANEXO 4 - FLUXO DE ENVIO DE ISOLADOS BACTERIANOS PARA IDENTIFICAÇÃO  
DIFERENCIAL DE MICOBACTÉRIAS NO LACEN-GO**

**FLUXO DE ENVIO DE ISOLADOS BACTERIANOS PARA IDENTIFICAÇÃO  
DIFERENCIAL DE MICOBACTÉRIAS NO LACEN-GO**



**Observações:**

MNT – Micobactérias não tuberculosas;

MTB - Micobactérias do Complexo “Tuberculosis”;

COMCISS – Coordenação Municipal de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

SUVISA – Superintendência de Vigilância em Saúde.

*Missão: Participar de ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade  
Coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública*

**SETUB-ANEXO 5 - CRONOGRAMA PARA ENVIO DE LÂMINAS AO LACEN-GO**

**CRONOGRAMA PARA ENVIO DE LÂMINAS AO LACEN-GO**

Nº	MUNICÍPIOS	PROGRAMAÇÃO
01	HDT	<b>TRIMESTRALMENTE</b>  Enviar até: 1º Trimestre - 30 de abril 2º Trimestre - 30 de julho 3º Trimestre - 30 de outubro 4º Trimestre - 30 de janeiro
02	CRDT	
03	CAIS Nova Era	
04	Anápolis	
05	Itumbiara	
06	Luziânia	
07	Inhumas	<b>QUADRIMESTRALMENTE</b>  Enviar até: 1º Quadrimestre - 30 de maio 2º Quadrimestre - 30 de setembro 3º Quadrimestre - 30 de janeiro
08	Senador Canedo	
09	Santo Antônio do Descoberto	
10	Novo Gama	
11	Valparaíso de Goiás	
12	Os demais Municípios não mencionados serão <b>SEMESTRALMENTE</b>	Enviar até: 1º Semestre - 30 de julho 2º Semestre - 30 de janeiro

*Missão: Participar de ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade  
Coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública*

Av. Contorno nº 3556 - Jardim Bela Vista - Goiânia - Goiás - CEP 74.853-120 Fone: (62) 3201 3888 - Fax: (62) 3201 3884  
lacengo.dirgeral@gmail.com

SETUB-ANEXO 6 - FORMULÁRIO PARA REJEIÇÃO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE

LACEN

Laboratório Central de Saúde Pública-GO

Secretaria Estadual de Saúde  
Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros  
Av. Contorno, nº 3556 – Jardim Bela Vista.  
Goiânia-Goiás  
Tel.: (0xx62) 3201-3888

Título: FORMULÁRIO PARA REJEIÇÃO DE LÂMINAS PARA C.Q

Número:  
SETUB 15

À Seção de Coleta

Estamos retornando as lâminas do(s) município(s) abaixo relacionados, enviadas ao LACEN-GO para realização de Controle de Qualidade por enquadrar-se no(s) item(ns) assinalado(s).

Município(s) \_\_\_\_\_

Lâminas TB ( )

Lâminas Hansen ( )

Motivo(s) da rejeição:

- ( ) Falta de identificação do Município.  
( ) Falta da xérox reduzida do Livro Branco e/ou Informe Mensal.  
( ) Falta do Formulário de Encaminhamento de Lâminas de Hanseniose para Controle de Qualidade.  
( ) Lâminas quebradas. ( ) Lâminas fora da ordem numérica  
( ) Lâminas não separadas mensalmente. ( ) Lâminas identificadas inadequadamente  
( ) Falta de identificação das lâminas. ( ) Lâminas mal acondicionadas  
( ) Envio fora do período agendado no cronograma:  
( ) Trimestral ( ) Quadrimestral ( ) Semestral  
( ) Outras situações. Descrever \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seção de Micobactérias

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Seção de Coleta

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data



**SETUB-ANEXO 7 - FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS DE TB E HANSEN NO LACEN-GO**

**LACEN**

Laboratório Central de Saúde Pública-GO

Secretaria Estadual de Saúde  
Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros  
Av. Contorno, nº 3558 – Jardim Bela Vista  
Goiânia-Goiás  
Tel.: (0xx62) 3201-3888

Título: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE AO CONTROLE DE QUALIDADE DO LACEN-GO	Número: SETUB 08
--	------------------

Para ser preenchido pelo Laboratório Local:	
Município:	Regional:
Nome do laboratório:	
Responsável pelo laboratório:	
Telefone do laboratório (obrigatório):	
Endereço do laboratório com CEP (obrigatório):	
E-mail do laboratório ou do responsável (obrigatório):	
Período:	Ano:
Nº de lâminas de BK:	Nº de lâminas de BH:
Data do encaminhamento para a regional:	
Para ser preenchido pela Regional de Saúde:	
Responsável pela entrega:	
Responsável pelo recebimento:	
Data da entrega:	
Data do envio ao LACEN-GO:	
Para ser preenchido pelo LACEN-GO	
Responsável pelo recebimento:	
Data do recebimento:	



**SETUB-ANEXO 8 - XÉROX REDUZIDA DO LIVRO BRANCO**

**LIVRO DE REGISTRO DE BACILOSCOPIA DE CULTURA PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE**

NOME	SEXO	DATA NASC. / IDADE	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	PRONTUÁRIO	Nº DE ORDEM	DATA EXAME	RESULTADO POR TIPO DE EXAME								MATERIAL	OBSERVAÇÃO
									BACILOSCOPIA				CULTURA					
									DIAGNÓSTICO		CONTROLE		DIAGNÓSTICO		CONTROLE			
									1ª amostra	2ª amostra	Mês	Resultado	1ª amostra	2ª amostra	Mês	Resultado		



**SETUB-ANEXO 9 - INFORME MENSAL DO LABORATÓRIO AO PROGRAMA DE  
CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)**

INFORME MENSAL DO LABORATÓRIO AO PROGRAMA

LABORATÓRIO: \_\_\_\_\_ PERÍODO INFORMADO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS DO Nº DE ORDEM ____ AO ____	NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS			
	1º amo.	2º amo.	Controle	Total
BACILOSCOPIA				
CULTURA				
TOTAL				

Nº DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EXAMINADOS

**LISTA DE PACIENTES POSITIVOS DIAGNOSTICADOS**

Nº DE REGISTRO E UNIDADE DE SAÚDE DO SOLICITANTE	NOME	SEXO	IDADE	ENDEREÇO

SETUB-ANEXO 10 - FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS PARA  
HANSENÍASE AO LACEN-GO – SUPERVISÃO INDIRETA DE BACILOSCOPIA PARA HANSENÍASE

**LACEN**

Laboratório Central de Saúde Pública-GO

Secretaria Estadual de Saúde  
Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros  
Av. Contorno, nº 3556 – Jardim Bela Vista  
Goiânia-Goiás  
Tel.: (0xx62) 3201-3888

Título: FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS DE HANSENÍASE AO LACEN-GO	Número: SETUB 08
--	---------------------

Laboratório:	
Cidade:	Regional:
Telefone do laboratório (obrigatório):	
Responsável pelo laboratório (obrigatório):	
Mês:	Ano:
Total de baciloscopias:	Positivas: Negativas:
<b>RELAÇÃO DE BACILOSCOPIAS</b>	
Nome do paciente:	
Numeração da lâmina (*):	
Unidade de saúde:	
	Resultado (IB)
Lesão	
OD	
OE	
CD	
CE	
IB do paciente	
Nome do paciente:	
Numeração da lâmina (*):	
Unidade de saúde:	
	Resultado (IB)
Lesão	
OD	
OE	
CD	
CE	
IB do paciente	
Nome do paciente:	
Numeração da lâmina (*):	
Unidade de saúde:	
	Resultado (IB)
Lesão	
OD	
OE	
CD	
CE	
IB do paciente	
Nome do paciente:	
Numeração da lâmina (*):	
Unidade de saúde:	
	Resultado (IB)
Lesão	
OD	
OE	
CD	
CE	
IB do paciente	

\*A numeração das lâminas deve iniciar com "01" em janeiro, ser seqüencial, crescente, única para cada amostra e reiniciar em "01" apenas no próximo ano.