



Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

2019 Ministério da Saúde.



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 2ª edição – 2019 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas

SRTVN 702, Via W 5 Norte, Ed. PO 700 – 5º andar

CEP: 70.723-040 – Brasília/DF

Site: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>

E-mail: tuberculose@saude.gov.br

Organização e revisão técnica:

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas/DCCI/SVS/MS

Diagramação:

Sabrina Lopes

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Normalização:

Editores MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2 ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

28 p.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro_sintomatico_respiratorio_tuberculose_2ed.pdf

ISBN: 978-85-334-2734-1

1. Tuberculose. 2. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 3. Registros de doenças. I. Título.

CDU 616-052

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0176

Título para indexação:

Registry of respiratory symptomatic individuals in the health facility

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Instruções de preenchimento

O registro de sintomático respiratório é um instrumento de informação, sendo de caráter confidencial as informações aqui inseridas. O registro deve ser cuidadosamente protegido contra danos e extravios. Neste livro, devem ser registrados todos os sintomáticos respiratórios identificados pelo serviço de saúde. A busca de sintomáticos respiratórios é uma atividade prioritária para o controle da tuberculose e pode ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde.

A. IDENTIFICAÇÃO

■ Unidade de Saúde

Escrever de forma legível o nome completo da Unidade de Saúde.

■ Ano

Escrever o ano com quatro dígitos (ex.: 2018).

■ UF

Escrever o nome da Unidade Federada.

■ Nº sequencial

Registrar o nº sequencial ou de ordem de acordo com a identificação do sintomático respiratório.

■ Data de identificação do sintomático respiratório

Escrever o dia e mês de identificação do sintomático respiratório.

■ Nome completo

Escrever o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

■ Data de nascimento

Escrever o dia, mês e ano (ex.: 03/01/1952).

■ Sexo

Escrever **M** para masculino e **F** para feminino.

■ Endereço

Escrever o endereço completo, inclusive o(s) telefone(s) de contato.

B. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

■ Baciloscopia de escarro

1ª e 2ª amostras: registrar o resultado do exame da baciloscopia para diagnóstico conforme segue:

+, **++**, **+++** – para as amostras positivas.

NEG – para as amostras negativas.

N/Re – para não realizado.

Data do resultado – escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

■ Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Registrar o resultado do TRM-TB conforme segue:

SR – para detectável sensível à rifampicina.

RR – para detectável resistente à rifampicina.

ND – para não detectável.

DI – para detectável indeterminado (inconclusivo).

N/Re – para não realizado.

Data do resultado – escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

■ Radiografia do tórax

Registrar o resultado da radiografia do tórax conforme segue:

N – para aspecto radiológico normal.

S – para imagem radiológica sugestiva/suspeita de tuberculose.

SEQ – para sequela, quando houver imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial.

OP – para imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa.

N/Re – para não realizado.

■ Observações

Registrar informações não especificadas nos campos anteriores que sejam consideradas importantes.

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Ano: _____

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

Controle mensal de sintomáticos respiratórios da Unidade de Saúde

Ano de referência: _____

Mês	Número de sintomáticos respiratórios estimados (a)	Número de sintomáticos respiratórios examinados (b)	Percentual de sintomáticos respiratórios examinados ([b/a] x 100)
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			
Total			





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

