

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	
Baciloscopia de escarro <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) <input type="checkbox"/> 1 - Detectável sensível à rifampicina 2 - Detectável resistente à rifampicina <input type="checkbox"/> 3 - Detectável indeterminado à rifampicina 4 - Não detectável 5 - Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Baciloscopia de outro material <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cultura de escarro <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cultura de outro material <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Material utilizado: _____ Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste de sensibilidade antimicrobiana <input type="checkbox"/> 1 - Resistente somente à isoniazida 2 - Resistente somente à rifampicina 3 - Resistente à isoniazida e rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado 8 - Amostra imprópria	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Raio-X de tórax <input type="checkbox"/> 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Sequela de tuberculose/Lesões crônicas 4 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 5 - Não realizado 6 - Foi realizado, mas não há laudo no prontuário	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Histopatológico <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 3 - Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste para HIV <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): <input type="checkbox"/> Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento <input type="checkbox"/> Nódulos de espaço aéreo (consolidação)* <input type="checkbox"/> Sequela de tuberculose/Lesões crônicas <input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____ <small>*Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.</small>	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Broncoscopia <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Outros exames Elençar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros.	

Foi encaminhado para necropsia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Hospital
Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE	
Forma clínica:	<input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar
Se extrapulmonar:	<input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? _____
O paciente abandonou o tratamento?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais medidas foram tomadas para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.	
O paciente precisou ser transferido?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, para qual referência? _____
Quais os motivos? <input type="checkbox"/> 1 - TB-DR 2 - Coinfecção TB-HIV 3 - Reação adversa 4 - Outros. Quais? _____	
Foi observado se o paciente chegou na outra unidade?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
Fazia tratamento diretamente observado?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Confirmado óbito por tuberculose?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Continuar a investigação?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais os motivos?	<input type="checkbox"/> Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes <input type="checkbox"/> Investigação de contatos <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____
Observações gerais	
Sinais e sintomas de outras doenças; diagnóstico laboratorial de outras doenças; relatos de diagnóstico inoportuno da tuberculose; perda de continuidade de tratamento; uso ou não de Tarv; notificação no SITETB; vulnerabilidades; falhas no preenchimento do prontuário e outros pontos que o investigador julgar importantes. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
Investigação de contatos	Em caso confirmado de tuberculose, deve-se investigar os contatos.
	Quantos contatos foram identificados? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quantos foram examinados? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Relação de contatos do paciente
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Nome: _____ Idade: _____	
Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO	
Informações em folhas anexas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da investigação: <input type="checkbox"/>
Nome do responsável: _____	Telefone de contato: _____
Local de trabalho do responsável pela investigação: _____	