

## Ficha de investigação do óbito com menção de tuberculose

Unidade Hospitalar, Unidade de Urgência e Emergência

Nº

A IDENTIFICAÇÃO				
Uso exclusivo do PCT	Foi notificado no Sinan antes de morrer? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	Nº de notificações no Sinan-TB:		
	Data da última notificação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da ficha do Sinan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Situação do caso no SIM: <input type="checkbox"/> 1 - Tuberculose causa básica 2 - Tuberculose causa associada 3 - Consta no SIM sem menção de tuberculose 4 - Sem registro do caso no SIM			
Dados do paciente	Data do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da declaração de óbito:		
	Nome do paciente:			
	Nome da mãe:			
	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Idade: <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino	
	Endereço:			
	Bairro:	Município de residência:	UF:	
B INVESTIGAÇÃO EM ÂMBITO HOSPITALAR, DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA				
Geral	Nome do hospital:			
	Nº do prontuário:	Data da admissão: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Motivo da internação ou hipótese diagnóstica:			
	Nome de um contato da pessoa falecida:			
	Telefone:	Parentesco:		
História clínica do paciente	<b>Sinais e sintomas descritos no prontuário</b>		1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro	
	<input type="checkbox"/> Tosse. Por quanto tempo? (em dias): <input type="text"/> <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento/caquexia/desnutrição <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Catarro <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor torácica			
	<input type="checkbox"/> Catarro com sangue <input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas. Quais? _____			
	<b>Doenças e agravos associados</b>		1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro	
	<input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença mental <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Outras condições. Quais? _____			

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	
<b>Baciloscopia de escarro</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)</b> <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 da admissão: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Baciloscopia de outro material</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Cultura de escarro</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Cultura de outro material</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Teste de sensibilidade antimicrobiana</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Raio-X de tórax</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Histopatológico</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Teste para HIV</b> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Tomografia computadorizada</b> <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada <b>Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose):</b> <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: _____ *Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.	Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Broncoscopia</b> <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada	Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Outros exames**

Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas.  
Usar o verso da página, caso necessário.

**Foi encaminhado para necropsia**
 Sim  Não

 Se sim, qual serviço?  IML  SVO  Hospital

 Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose?  Sim  Não
**B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE**
**Em qual momento ocorreu o diagnóstico da tuberculose** 

1 - Antes da última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 2 - Durante a última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 3 - Após a última hospitalização 4 - Não houve diagnóstico de tuberculose 5 - Ignorado

**Iniciou o tratamento para tuberculose?**  1 - Sim 2 - Não 3 - Sem registro

 Se sim, data do início do tratamento        
**Forma clínica:**  1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar

**Se extrapulmonar:**  1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica  
8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**Confirmado óbito por tuberculose (causa básica ou associada)?**  1 - Sim 2 - Não

**Continuar a investigação?**  1 - Sim 2 - Não

**Se sim, quais os motivos?**  Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes

 Investigação de contatos  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. Usar o verso da página, caso necessário.

**B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO**
 Informações em folhas anexas:  Sim  Não

 Data da investigação:        

Nome do responsável:

Telefone de contato:

Local de trabalho do responsável pela investigação: