

Consulta	Data	Exame Realizado	Observações
6ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
7ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
8ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
9ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
10ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
11ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
12ª	___/___/___	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	

UNIDADE DE SAÚDE / PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___



Respira Goiás

CARTÃO DE APRAZAMENTO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

TUBERCULOSE TEM CURA, FAÇA O TRATAMENTO ATÉ O FINAL

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Tomar os medicamentos diariamente em jejum, conforme orientação da equipe de saúde.
- Não interromper o tratamento sem orientação.
- Buscar a unidade e informar imediatamente qualquer sintoma ou reação adversa.
- Comparecer às consultas e retornos agendados.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

• Nome: _____

• Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

• CNS: _____

• Nome da mãe: _____

• Unidade de saúde: _____

• Telefone da unidade de saúde: _____

• Município: _____ UF: _____

LEVE ESTE CARTÃO COM VOCÊ E MOSTRE TODAS AS VEZES QUE PROCURAR UMA UNIDADE DE SAÚDE

DIAGNÓSTICO

• Forma clínica: () Pulmonar () Extrapulmonar () Pulmonar + Extrapulmonar

• Data do diagnóstico: ____/____/____

• Exame(s) realizado(s): () Teste Rápido Molecular – TRMTB () Baciloscopia () Exame de imagem () outro.

Qual: _____

• Tipo de entrada: () caso novo () reingresso após interrupção do tratamento () recidiva () transferência

ESQUEMA TERAPÊUTICO

() RIPE 2RHZE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol)/4RH (Rifampicina + Isoniazida)

Data de início do tratamento: ____/____/____

Data prevista para término: ____/____/____

APRAZAMENTO MENSAL / ACOMPANHAMENTO

Consulta	Data	Peso atual em kg	Número de comprimidos diários	Unidade de Saúde	Profissional	Observações no dia da consulta
1ª	____/____/____	___ kg				
2ª	____/____/____	___ kg				
3ª	____/____/____	___ kg				

Consulta	Data	Peso atual em kg	Número de comprimidos diários	Unidade de Saúde	Profissional	Observações no dia da consulta
4ª	____/____/____	___ kg				
5ª	____/____/____	___ kg				
6ª	____/____/____	___ kg				
7ª	____/____/____	___ kg				
8ª	____/____/____	___ kg				
9ª	____/____/____	___ kg				
10ª	____/____/____	___ kg				
11ª	____/____/____	___ kg				
12ª	____/____/____	___ kg				

EXAMES DE CONTROLE (quando indicados)

Consulta	Data	Exame Realizado	Observações
1ª	____/____/____	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
2ª	____/____/____	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
3ª	____/____/____	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
4ª	____/____/____	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	
5ª	____/____/____	() Baciloscopia de escarro () TRM-TB () RX de Tórax () Cultura de escarro () outro	