



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DAS PESSOAS EM TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE

É fundamental que haja a exclusão da tuberculose ativa previamente.

| DADOS DE NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1) Tipo de entrada*: ( ) Caso novo ( ) Reentrada após mudança de esquema ( ) Reingresso após interrupção do tratamento ( ) Reexposição ( ) Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | 2) Data da notificação*: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 3) Nome de registro*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | 4) Nome social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 5) Data de nascimento*: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               | 6) CPF: _____._____._____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 7) Sexo*: ( ) Masculino ( ) Feminino                                     |
| 8) Gestante*: ( ) Sim ( ) Não sabe ( ) Não ( ) Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               | 9) Raça/cor*: ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Preta ( ) Parda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                          |
| 10) Cartão Nacional de Saúde:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | 11) Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Outra. País: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12) Nome da mãe*:                                                        |
| DADOS DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 13) UF*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 14) Município de residência*: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 15) Regional de Saúde:                                                   |
| 16) Logradouro*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | 17) Nº*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 18) Bairro*:                                                             |
| 19) Complemento (apto., casa,...):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | 20) CEP: _____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21) (DDD) Telefone:                                                      |
| INVESTIGAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 22) Descartado TB ativa*: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               | 23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 24) BCG*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               | 25) Radiografia do Tórax*: ( ) Normal ( ) Alteração sugestiva de TB ativa ( ) Alteração não sugestiva de TB ativa ( ) Não realizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                          |
| 26) HIV*: ( ) Positivo ( ) Em andamento ( ) Negativo ( ) Não realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               | 27) TARV***: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 28) IGRA*: ( ) Positivo ( ) Indeterminado ( ) Negativo ( ) Não realizado |
| 29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 30) Prova Tuberculínica (PT)*: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               | 31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 32) Resultado da última PT***: ____ mm                                   |
| 33) Contato de TB*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | 34) Nome do caso fonte:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               | 35) Número do Sinan: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |
| TRATAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
| 36) UF*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               | 37) Município de tratamento*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               | 38) Regional de Saúde:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |
| 39) Unidade de saúde de tratamento*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               | 40) Código CNES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |
| 41) Principal indicação para tratamento da ILTB*:<br><u>Sem prova tuberculínica (PT) e sem teste de liberação de interferon-gama (IGRA) realizados</u><br>(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de tuberculose (TB) pulmonar ou laringea confirmado por critério laboratorial<br>(2) Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial<br>(3) Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cél/mm <sup>3</sup><br>(4) Pessoas vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião<br>(5) Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB<br>(6) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB<br>(7) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião<br>(8) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial |                               | <u>PT ≥ 5mm ou IGRA positivo</u><br>(9) Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG<br>(10) Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior que 350 cél/mm <sup>3</sup><br>(11) Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB<br>(12) Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês)<br>(13) Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos<br><br><u>PT ≥ 10mm ou IGRA positivo</u><br>(14) Silicose<br>(15) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas<br>(16) Neoplasias em terapia imunossupressora<br>(17) Insuficiência renal em diálise<br>(18) Diabetes mellitus<br>(19) Pessoas com baixo peso (< 85% do peso ideal)<br>(20) Pessoas tabagistas (>1 maço/dia)<br>(21) Pessoas com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax<br><br><u>Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)</u><br>(22) Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial<br>(23) Profissionais de saúde<br>(24) Trabalhadores de instituições de longapermanência<br>(25) Outra: _____ |                                                                          |
| 42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               | 43) Medicamento*:<br>( ) Isoniazida - 9H ( ) Rifapentina + Isoniazida - 3HP<br>( ) Isoniazida - 6H ( ) Rifampicina - 4R<br>( ) Rifampicina + Isoniazida - 3RH (dispensáveis pediátricos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               | 44) Data de início do tratamento*: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               | 45) TPT prescrito por*: ( ) Não sabe ( ) Enfermeiro ( ) Farmacêutico ( ) Médico ( ) Outro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          |

PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.

\* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



| ENCERRAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------|
| 46) Nº de doses tomadas: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | 47) Data do término do tratamento*: ____/____/____ |
| 48) Situação de encerramento*: ( ) Tratamento completo ( ) Suspenso por reação adversa ( ) Tuberculose ativa ( ) Óbito<br>( ) Interrupção do tratamento ( ) Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária<br>( ) Transferido para outro país ( ) Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento                                                                                                     |                         |                                                    |
| 49) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito**: ( ) Causa externa ( ) Tuberculose (CID A15 a A19)<br>( ) Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) ( ) Hepatite aguda medicamentosa (CID K 71) ( ) Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8)<br>( ) Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) ( ) Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) ( ) Outra: _____ |                         |                                                    |
| Observações: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                    |
| Nome do investigador*:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Função do Investigador: | Assinatura do Investigador:                        |

\* Campo obrigatório \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior