



CENTRO DE  
SAÚDE-ESCOLA

*Samuel Pessoa*

FMUSP-BUTANTÃ

# NOTIFICAÇÕES IST'S E TUBERCULOSE

# FLUXO DAS NOTIFICAÇÕES NO CSE

- VIGILÂNCIA DOS EXAMES/ SOROLÓGICOS PELO CIVIS,  
Início Dez/2021; Busca dos resultados no site Lab Lapa/Matrix , Impressão dos resultados
- **NÃO REAGENTES** SAMI para arquivo no prontuário
- **REAGENTES** são encaminhados para Equipe responsável pelo caso, com prontuário e as fichas de Notificação (SINAN E FICHAS DE INVESTIGAÇÃO)

Convocar o paciente para resultados/tratamento e/ou encaminhamento para os Serviços Especializados da rede (HIV para o SAE e HEP. B ou C para a UNIDADE HOSPITALAR DO BUTANTAN), **ATENÇÃO!!!! anexar no encaminhamento cópia do SINAN e dos exames. O agendamento será realizado pela CIA.**

- Após Notificar, deixar no CIVIS com o prontuário, e as fichas **DEVIDAMENTE PREENCHIDAS, CARIMBADAS E ASSINADAS pelo profissional**
- As fichas são escaneadas para UVIS e arquivadas no prontuário do paciente.
- A UVIS verifica no SIGA o agendamento para o especialista e monitora resultados das Sorologias de controle (Sífilis Adquirida e Gestantes)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº 7357437  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Trazema

2 Agravocência 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação 6 Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) 7 Código 8 Data dos Primeiros Sinais

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Hapto/Cler 14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 Data dos 1ºs Sinais de 1º Caso Suspeito 18 Local inicial do Ocorrência do Surto 19 Nº de Casos Suspeitos/Exposições 20 UF 21 Município de Residência 22 Bairro 23 Número 24 Logradouro (rua, avenida, ...) 25 Complemento (apto., casa, ...) 26 Geo campo 2 27 Geo campo 1 28 CEP 29 Ponto de Referência 30 CEP 31 (DDD) Telefone 32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Portuária 9 - Ignorado 33 País (se residente fora do Brasil)

Município/Unidade de Saúde

Notificante Nome Função Assinatura

---

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº 7357437  
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

1 Laboratório 2 Data de Entrada 3 Município de Notificação 4 Unidade de Saúde 5 Endereço 6 (DDD) Telefone 7 Nome do Paciente 8 Número do Cartão SUS 9 Data de Nascimento 10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Suspeita Clínica 13 Caso 1 - Suspeito 2 - Comunicado 9 - Ignorado 14 Data dos Primeiros Sinais 15 Exame 16 Material Enviado 17 Data da Coleta 18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 19 Gestante 20 Paciente teve vacina? 21 Requisitante 22 Data

NOTEP.NET 04/12/2006 MR COREL Notificação SINAN NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preservado e em forma 1 x 10. Quando se tratar de comunicação das doenças de notificação compulsória.

DADOS COMPLEMENTARES  
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia 02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra 03 Especificar tipo de exame 04 Óbio? 05 Contato com caso semelhante? 06 Presença de exantema? 07 Data do início do exantema 08 Presença de pedicúleos ou sulsões herpéticos? 09 Foi realizado liquor? 10 Resultado da bacteroscopia 11 O paciente teve vacina contra agravo notificado neste impressor? 12 Data da última dose tomada 13 Ocorreu hospitalização? 14 Data da hospitalização 15 UF 16 Município do hospital 17 Nome do hospital 18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 19 Local provável de infecção (classificação provisória)

NOTEP.NET 04/12/2006 MR COREL Notificação SINAN NET SVS 17/07/2006

# SÍFILIS ADQUIRIDA

- Sífilis Adquirida: após tto , Sorologia controle 1o.mês após 3a. Dose, demais sorologias de controle a cada 3 meses até 1 ano, após diagnóstico;

**Uso no estado de São Paulo**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO - SÍFILIS ADQUIRIDA

**CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:** Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente. Em ambas situações sem registro de tratamento prévio.

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado(a): **SÍFILIS ADQUIRIDA** Código (CID10): A53.9

3 Data da Notificação: \_\_\_\_\_

4 UF: \_\_\_\_\_ 5 Município de Notificação: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ 7 Data do Diagnóstico: \_\_\_\_\_

8 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ 9 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

10 Idade: \_\_\_\_\_ 11 Sexo: \_\_\_\_\_ 12 Orientação: \_\_\_\_\_ 13 Raça/Cor: \_\_\_\_\_

14 Escolaridade: \_\_\_\_\_

15 Número do Cartão SUS: \_\_\_\_\_ 16 Nome da mãe: \_\_\_\_\_

17 UF: \_\_\_\_\_ 18 Município de Residência: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_ 19 Distrito: \_\_\_\_\_

20 Bairro: \_\_\_\_\_ 21 Logradouro (rua, avenida...): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

22 Número: \_\_\_\_\_ 23 Complemento (apto, casa...): \_\_\_\_\_ 24 Cep campo 1: \_\_\_\_\_

25 Cep campo 2: \_\_\_\_\_ 26 Tipo de Referência: \_\_\_\_\_ 27 CEP: \_\_\_\_\_

28 DDD: \_\_\_\_\_ 29 Telefone: \_\_\_\_\_ 30 País (se residente fora do Brasil): \_\_\_\_\_

**Dados Complementares do Caso**

31 Ocupação: \_\_\_\_\_

32 Comportamentos e vulnerabilidades: 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado

Uso(r) de drogas injetáveis  Uso(r) de drogas não injetáveis  Profissional do sexo

Relações sexuais com homens  Relações sexuais com mulheres  Múltiplas parcerias sexuais

Situação de rua  Privação(s) de liberdade  Hemofílico

Outros: \_\_\_\_\_

33 Identidade de gênero: 1 - Transvi 2 - Mulher Transsexual 3 - Homem Transsexual 4 - Mulher 5 - Homem 6 - Ignorado

34 Classificação Clínica: 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 5 - Neurosífilis 6 - Ignorado 7 - SÍFILIS ADQUIRIDA

35 Título: 1-11 2-12 3-14 4-18 5-115 6-152 7-154 8-1123

36 Data do teste não treponêmico reagente: \_\_\_\_\_ 37 Data do teste treponêmico reagente: \_\_\_\_\_

38 Data do teste não treponêmico de seguimento: \_\_\_\_\_ 39 Data do teste treponêmico de seguimento: \_\_\_\_\_

Sífilis Adquirida Formsus 01/01/2018

**Uso no estado de São Paulo**

30 Esquema de tratamento realizado: 1 - Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI 3 - Outro esquema 4 - Não realizado 5 - Ignorado

40 Data do início do tratamento: \_\_\_\_\_

41 Tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico: 1 - Unidade Básica de Saúde/UBS 2 - Serviço de Atenção Especializada SAE DST/ATS 3 - Serviço de Diagnóstico em Saúde DST/ATS 4 - Serviço de Diagnóstico em Saúde DST/ATS 5 - Atendimento de Pessoa Vulnerável em HIV/AIDS 6 - Outros

42 Tratamento anterior de sífilis: 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado/sem saber

43 Se tratamento anterior, qual foi a data do último tratamento de sífilis: \_\_\_\_\_

44 Se tratamento anterior, qual foi o título do último teste não treponêmico de seguimento do paciente: \_\_\_\_\_

45 Se teste anterior, qual foi a data do teste não treponêmico: \_\_\_\_\_

46 Se teste anterior, qual foi a data do último teste não treponêmico de seguimento do paciente: \_\_\_\_\_

47 Se teste anterior, qual foi a data do teste não treponêmico: \_\_\_\_\_

48 Se teste anterior, qual foi a data do último teste não treponêmico de seguimento do paciente: \_\_\_\_\_

49 Se teste anterior, qual foi a data do teste não treponêmico: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Município/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Código da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Investigador: Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Orientações para digitação e fluxo das informações da Ficha de Notificação/Investigação (FNI) Sífilis Adquirida (SA) Adaptada**

1. Se o indivíduo cumprir a definição de caso de sífilis adquirida vigente, notificar o caso - preencher a FNI de SA adaptada;

2. Conferir o preenchimento, incluir o número do Sinan e digitar no Sinan os campos de identificação (campos nº 1 a 30) da FNI de SA adaptada;

3. Digitar no Formulário SA Adquirida os demais campos específicos (campos nº 31 a 47); nº Sinan, nome do paciente e data de nascimento da FNI de SA adaptada;

• M\*: Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO**

**Campo 3:** Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação;

**Campo 7:** Anotar a data do diagnóstico ou de evidência laboratorial ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação;

**Campo 8:** Preencher com o nome completo do paciente (em português);

**Campo 9:** Preencher com a data de nascimento do paciente (di/di/ano) de forma completa;

**Campo 10:** Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A);

**Campo 11:** Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado);

**Campo 13:** Preencher com o código correspondente à etnia ou raça declarada pela pessoa;

**Campo 14:** Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando/frequenteu considerando a última série concluída com aprovação ou grau de interrupção do paciente por ocasião da notificação;

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO (DIGITAR NO FORMSUS-SA)**

**Campo 31:** Informar no campo ocupação a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando o paciente for desocupado;

**Campo 32:** Comportamentos e vulnerabilidades- Assinalar as alternativas correspondentes desde que seja mais de uma, nos últimos 12 meses;

**Campo 33:** Identidade de gênero - Assinalar apenas uma alternativa;

**Campo 34:** Registrar a classificação clínica para sífilis: 1- sífilis primária - cancro duro; 2- sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (protuberâncias, sífilides papulosas, condiloma plano, sífilide); 3- sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (gomas), alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência), alterações cardiovasculares (ortite aórtica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artrópalia de Charcot); 4- sífilis latente - fase assintomática, diagnóstico estabelecido por meio de reações sorológicas; 5- Neurosífilis;

**Campo 35:** Informar presença de infecção pelo HIV/AIDS - situação sorológica atual;

**Campo 36:** Informar a titulação da sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);

**Campo 37:** Informar a data de realização do teste não treponêmico;

**Campo 38:** Informar a data de realização do teste treponêmico reagente: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Test for Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) e Teste Rápido Treponêmico;

**Campo 39:** Anotar o esquema de tratamento e a data do início do tratamento- sífilis primária, secundária e latente recente: penicilina benzatina 2.4 milhões UI, IM, em dose única (2 milhões UI, em dose única); se sífilis terciária (latente, terciária ou fase ignorada): penicilina benzatina 2.4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas, dose total de 7,2 milhões UI;

**Campo 40:** Informar a data do início do tratamento;

**Campo 41:** Informar o tipo de serviço que realizou o diagnóstico atual;

**Campo 42:** Anotar se teve ou não tratamento anterior de sífilis;

**Campo 43:** Se tratamento anterior, informar a data de início do último tratamento de sífilis;

**Campo 44:** Se tratamento anterior, informar a data do último teste não treponêmico de seguimento;

**Campo 45:** Se tratamento anterior, informar a data do último teste não treponêmico;

Sífilis Adquirida Formsus 01/01/2018





# HEPATITE B E C

HEPATITES B e C: Monitorar os pacientes encaminhados para o infecto se mantêm o seguimento.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN  
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
 HEPATITES VIRAIS  
 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº \_\_\_\_\_

**Suspeita clínica/bioquímica:**  
 - Sintomático icterícia:  
 \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.  
 \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para icterícia, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.  
 - Sintomático anictérico:  
 \* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.  
 - Assintomático:  
 \* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodíalise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemocomponentes, procedimentos cirúrgicos/dentários/cosméticos de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).  
 \* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.  
 \* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**  
 - Doador de sangue:  
 \* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes da hepatite B e C.  
 - Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E..

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/a **HEPATITES VIRAIS** Código (CID10) **B 19** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (BGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Raça/Cor  
 1 - Não se aplica 2 - Não se aplica 3 - Não se aplica 4 - Branca 5 - Preta 6 - Amarela  
 7 - Indígena 8 - Indígena 9 - Indígena

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (BGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada  
 34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado

35 Institucionalizado em: 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/crônica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado

36 Agravos associados: HIV/AIDS, Outras DSTs

37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC: 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 4 - Ocupacional 5 - Sexual 6 - Domiciliar ( não sexual )

HEPA\_NET 10/12/2006 MR COREL Hepatites Virais Sinan NET SVS 29/09/2006

38 O paciente foi submetido ou exposto a: 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado

Medicamentos injetáveis, Drogas inaláveis ou Crack, Drogas injetáveis, Água/Alimento contaminado, Três ou mais parceiros sexuais, Transplante, Injeção/Piercing, Acupuntura, Tratamento Cirúrgico, Tratamento Dentário, Hemodíalise, Outras

39 Data do acidente ou transfusão ou transplante

40 Local/Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodíalise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF Município de exposição Local de exposição Fone

41 Dados dos comunicantes

Nome	Idade (D/Mes/A-Anos)	Tipo de contato	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HCV	Indicador vacina contra Hepatite B	Indicador imunoglobulina humana anti-hepatite B
		1- Não sexual/domiciliar	1-Reagente	1-Reagente	1-Reagente	1-Sim	1-Sim
		2-Sexual/domiciliar	2-Não reagente	2-Não reagente	2-Não reagente	2-Não	2-Não
		3-Sexual/domiciliar	3-Inconclusivo	3-Inconclusivo	3-Inconclusivo	3-Indivíduo já imune	3-Indivíduo já imune
		4- Uso de drogas	4-Não realizado	4-Não realizado	4-Não realizado	9-Ignorado	9-Ignorado
		5-Córuo	5-Ignorado	5-Ignorado	5-Ignorado		
		9-Ignorado					

42 Paciente encaminhado de: 1 - Banco de sangue 2 - Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3 - Não se aplica

43 Data da Coleta de Amostra Realizada em Banco de sangue ou (CTA)

44 Resultado de Sorologia do Banco de Sangue ou CTA: 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado

45 Resultados Sorológicos/Viroológicos: 1 - Reagente/Positivo 2 - Não Reagente/Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

46 Anti-HAV - IgM, Anti-HBc IgM, Anti-HBc Total, Anti-HIV Total, Anti-HBs, Anti-HBe, Anti-HBeV - IgM, Anti-HCV, HCV-RNA

47 Genótipo para HCV: 1-Genótipo 1 2-Genótipo 2 3-Genótipo 3 4-Genótipo 4 5-Genótipo 5 6-Genótipo 6 7-Não se aplica 8-Genótipo 8 9-Ignorado

48 Classificação final: 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Classifz Sorológica 8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica: 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo

50 Classificação Etiológica: 01 - Virus A 02 - Virus B 03 - Virus C 04 - Virus B e D 05 - Virus E 06 - Virus B e C 07 - Virus A e B 08 - Virus A e C 09 - Não se aplica 99 - Ignorado

51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção: 01-Sexual 02-Transfusional 03-Uso de drogas 04-Vertical 05-Acidente de trabalho 06-Hemodíalise 07-Domiciliar 08-Tratamento cirúrgico 09-Tratamento dentário 10-Pessoa/pessoa 11-Alimentação contaminada 12-Outros 99-Ignorado

52 Data do Encerramento

Observações:

Investigador: Nome, Função, Assinatura, Código da Unit. de Saúde

HEPA\_NET 10/12/2006 MR COREL Hepatites Virais Sinan NET SVS 29/09/2006

LINK HEP. B E C: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agrivos/index.php?p=217888](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=217888)

# HIV

## HIV: Monitorar seguimento dos pacientes encaminhados para o SAE;

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

**Definição de caso:** Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **AIDS** Código (CID10) **B 24** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (BGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

**Dados do Paciente**

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Raça/Cor

14 Especificação 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

**Dados de Residência**

17 UF 18 Município de Residência Código (BGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa,...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

31 Ocupação

**Provável modo de transmissão**

32 Transmissão vertical 33 Sexual

34 Sanguínea 35 Informações sobre transfusão/acidente 36 UF 37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente Código (BGE)

38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código

39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa de infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica

**Dados de Laboratório**

40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV

41 Teste de triagem 42 Teste de triagem 43 Teste de triagem 44 Teste de triagem 45 Teste de triagem

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 12/04/2016

**41 Critério Rio de Janeiro/Caracas** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**42 Critério CDC adaptado** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**43 Critério óbito** Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

**44 UF** **45** Município onde se realiza o tratamento Código (BGE) **46** Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código

**47** Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado **48** Data do Óbito

Nome Função

Assinatura

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 12/04/2016



# TUBERCULOSE

TB: Monitoramento mensal, das consultas, exames, medicação em todas as fases do tratamento.  
Envio mensal dos dados para a UVIS.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SAÚDE

EXAME AGENDADO PARA: / /  
Município Estado

GUIA DE ENCAMINHAMENTO -SADT- Ordem 0

PRONTUÁRIO N° 101832

Cartão SUS 898001416054008

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Município Estado

Faz uso contínuo de alguma medicação? **NÃO**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO

Exame ou Serviços Solicitado

BAAR bac direta para pesquisa - escarro 1a.; BAAR - CULTURA - escarro 2a.Amostra;

ASSINATURA, CRM E CARTÃO DO MÉDICO DATA DE EMISSÃO UNIDADE SOLICITANTE

07/02/2022 Centro de Saúde Escola Prof.Samuel B.Pessoa SAA

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO ENCAMINHADO PARA LABORATORIO DE SAÚDE PÚBLICA LAPA

ASSINATURA E CARTÃO ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO

SADT N° 1

PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
UNIDADE DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

SOLICITAÇÃO DE PESQUISA MICOBACTÉRIA - TB

ETIQUETA DA UNIDADE DE COLETA CARTÃO SUS

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO

Nome: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Dist. Adm. Município CEP Fone (DDD)

Data de Nascimento Idade Sexo  Masculino  Feminino

População:  Prisional  Em Situação de Rua  Internado(a) em Instituição de Saúde

Prof. Saúde/Est. Prisional  Imigrante  Contato de TB Resistente

Alcool, Drogas  Diabetes  Outra (especificar): \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

MATERIAL ENVIADO DATA DA COLETA

Diagnóstico de Caso Novo  1ª Amostra  Amostra

Diagnóstico de Caso de Retratamento  1ª Amostra  Amostra

Controle de Tratamento  1º Mês  2º Mês  3º Mês  Mês

PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

Identificação

Nº SINAR \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ N. CARTÃO SUS \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidade (País) Estado: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Beneficiário de Programa Governamental de Transferência de Renda: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Gestante:  Sim  Não  Não sabe

Etnia: \_\_\_\_\_ 1. Branco 2. Amarelo 3. Indígena 4. Preto 5. Branco 6. Preto 7. Branco 8. Preto 9. Branco 10. Branco 11. Branco 12. Branco 13. Branco 14. Branco 15. Branco 16. Branco 17. Branco 18. Branco 19. Branco 20. Branco 21. Branco 22. Branco 23. Branco 24. Branco 25. Branco 26. Branco 27. Branco 28. Branco 29. Branco 30. Branco 31. Branco 32. Branco 33. Branco 34. Branco 35. Branco 36. Branco 37. Branco 38. Branco 39. Branco 40. Branco 41. Branco 42. Branco 43. Branco 44. Branco 45. Branco 46. Branco 47. Branco 48. Branco 49. Branco 50. Branco 51. Branco 52. Branco 53. Branco 54. Branco 55. Branco 56. Branco 57. Branco 58. Branco 59. Branco 60. Branco 61. Branco 62. Branco 63. Branco 64. Branco 65. Branco 66. Branco 67. Branco 68. Branco 69. Branco 70. Branco 71. Branco 72. Branco 73. Branco 74. Branco 75. Branco 76. Branco 77. Branco 78. Branco 79. Branco 80. Branco 81. Branco 82. Branco 83. Branco 84. Branco 85. Branco 86. Branco 87. Branco 88. Branco 89. Branco 90. Branco 91. Branco 92. Branco 93. Branco 94. Branco 95. Branco 96. Branco 97. Branco 98. Branco 99. Branco 100. Branco

Ocupação:  1. Profissional de Saúde 2. Profissional do Sistema Penitenciário 3. Aposentado 4. Desempregado 5. Dona de Casa 6. Deficiente 7. Outra

Endereço

Tipo de Endereço:  Endereço fixado  Definito  Sem Residência  Reside em outro Estado  Reside em outro País

Estado: \_\_\_\_\_ Município de Residência: \_\_\_\_\_ Suas Residência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Notificação

CNS: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Data de Notificação: \_\_\_\_\_ Município de Atendimento: \_\_\_\_\_

Tratamento

Tratamento anterior de TB:  1. Caso novo (1º tratamento de TB) 2. Recidiva (1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º)

Tratamento atual: \_\_\_\_\_ Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Formas Clínicas

Forma Clínica 1: \_\_\_\_\_ Forma Clínica 2: \_\_\_\_\_

1. Pulmonar 2. Miliar 3. Miliar 4. Miliar 5. Miliar 6. Miliar 7. Miliar 8. Miliar 9. Miliar 10. Miliar 11. Miliar 12. Miliar 13. Miliar 14. Miliar 15. Miliar 16. Miliar 17. Miliar 18. Miliar 19. Miliar 20. Miliar 21. Miliar 22. Miliar 23. Miliar 24. Miliar 25. Miliar 26. Miliar 27. Miliar 28. Miliar 29. Miliar 30. Miliar 31. Miliar 32. Miliar 33. Miliar 34. Miliar 35. Miliar 36. Miliar 37. Miliar 38. Miliar 39. Miliar 40. Miliar 41. Miliar 42. Miliar 43. Miliar 44. Miliar 45. Miliar 46. Miliar 47. Miliar 48. Miliar 49. Miliar 50. Miliar 51. Miliar 52. Miliar 53. Miliar 54. Miliar 55. Miliar 56. Miliar 57. Miliar 58. Miliar 59. Miliar 60. Miliar 61. Miliar 62. Miliar 63. Miliar 64. Miliar 65. Miliar 66. Miliar 67. Miliar 68. Miliar 69. Miliar 70. Miliar 71. Miliar 72. Miliar 73. Miliar 74. Miliar 75. Miliar 76. Miliar 77. Miliar 78. Miliar 79. Miliar 80. Miliar 81. Miliar 82. Miliar 83. Miliar 84. Miliar 85. Miliar 86. Miliar 87. Miliar 88. Miliar 89. Miliar 90. Miliar 91. Miliar 92. Miliar 93. Miliar 94. Miliar 95. Miliar 96. Miliar 97. Miliar 98. Miliar 99. Miliar 100. Miliar

Descoberta

1. Semidireta (por observação) 2. Direta (por observação) 3. Direta (por observação) 4. Direta (por observação) 5. Direta (por observação) 6. Direta (por observação) 7. Direta (por observação) 8. Direta (por observação) 9. Direta (por observação) 10. Direta (por observação) 11. Direta (por observação) 12. Direta (por observação) 13. Direta (por observação) 14. Direta (por observação) 15. Direta (por observação) 16. Direta (por observação) 17. Direta (por observação) 18. Direta (por observação) 19. Direta (por observação) 20. Direta (por observação) 21. Direta (por observação) 22. Direta (por observação) 23. Direta (por observação) 24. Direta (por observação) 25. Direta (por observação) 26. Direta (por observação) 27. Direta (por observação) 28. Direta (por observação) 29. Direta (por observação) 30. Direta (por observação) 31. Direta (por observação) 32. Direta (por observação) 33. Direta (por observação) 34. Direta (por observação) 35. Direta (por observação) 36. Direta (por observação) 37. Direta (por observação) 38. Direta (por observação) 39. Direta (por observação) 40. Direta (por observação) 41. Direta (por observação) 42. Direta (por observação) 43. Direta (por observação) 44. Direta (por observação) 45. Direta (por observação) 46. Direta (por observação) 47. Direta (por observação) 48. Direta (por observação) 49. Direta (por observação) 50. Direta (por observação) 51. Direta (por observação) 52. Direta (por observação) 53. Direta (por observação) 54. Direta (por observação) 55. Direta (por observação) 56. Direta (por observação) 57. Direta (por observação) 58. Direta (por observação) 59. Direta (por observação) 60. Direta (por observação) 61. Direta (por observação) 62. Direta (por observação) 63. Direta (por observação) 64. Direta (por observação) 65. Direta (por observação) 66. Direta (por observação) 67. Direta (por observação) 68. Direta (por observação) 69. Direta (por observação) 70. Direta (por observação) 71. Direta (por observação) 72. Direta (por observação) 73. Direta (por observação) 74. Direta (por observação) 75. Direta (por observação) 76. Direta (por observação) 77. Direta (por observação) 78. Direta (por observação) 79. Direta (por observação) 80. Direta (por observação) 81. Direta (por observação) 82. Direta (por observação) 83. Direta (por observação) 84. Direta (por observação) 85. Direta (por observação) 86. Direta (por observação) 87. Direta (por observação) 88. Direta (por observação) 89. Direta (por observação) 90. Direta (por observação) 91. Direta (por observação) 92. Direta (por observação) 93. Direta (por observação) 94. Direta (por observação) 95. Direta (por observação) 96. Direta (por observação) 97. Direta (por observação) 98. Direta (por observação) 99. Direta (por observação) 100. Direta (por observação)

Exames Complementares

Teste Molecular Rápido TB (EMBT)  1. MTB detectado 2. MTB detectado 3. MTB detectado 4. MTB detectado 5. MTB detectado 6. MTB detectado 7. MTB detectado 8. MTB detectado 9. MTB detectado 10. MTB detectado 11. MTB detectado 12. MTB detectado 13. MTB detectado 14. MTB detectado 15. MTB detectado 16. MTB detectado 17. MTB detectado 18. MTB detectado 19. MTB detectado 20. MTB detectado 21. MTB detectado 22. MTB detectado 23. MTB detectado 24. MTB detectado 25. MTB detectado 26. MTB detectado 27. MTB detectado 28. MTB detectado 29. MTB detectado 30. MTB detectado 31. MTB detectado 32. MTB detectado 33. MTB detectado 34. MTB detectado 35. MTB detectado 36. MTB detectado 37. MTB detectado 38. MTB detectado 39. MTB detectado 40. MTB detectado 41. MTB detectado 42. MTB detectado 43. MTB detectado 44. MTB detectado 45. MTB detectado 46. MTB detectado 47. MTB detectado 48. MTB detectado 49. MTB detectado 50. MTB detectado 51. MTB detectado 52. MTB detectado 53. MTB detectado 54. MTB detectado 55. MTB detectado 56. MTB detectado 57. MTB detectado 58. MTB detectado 59. MTB detectado 60. MTB detectado 61. MTB detectado 62. MTB detectado 63. MTB detectado 64. MTB detectado 65. MTB detectado 66. MTB detectado 67. MTB detectado 68. MTB detectado 69. MTB detectado 70. MTB detectado 71. MTB detectado 72. MTB detectado 73. MTB detectado 74. MTB detectado 75. MTB detectado 76. MTB detectado 77. MTB detectado 78. MTB detectado 79. MTB detectado 80. MTB detectado 81. MTB detectado 82. MTB detectado 83. MTB detectado 84. MTB detectado 85. MTB detectado 86. MTB detectado 87. MTB detectado 88. MTB detectado 89. MTB detectado 90. MTB detectado 91. MTB detectado 92. MTB detectado 93. MTB detectado 94. MTB detectado 95. MTB detectado 96. MTB detectado 97. MTB detectado 98. MTB detectado 99. MTB detectado 100. MTB detectado

Outro Exame

1. BAAR Positivo 2. Suspeito de TB 3. Suspeito de TB 4. Suspeito de TB 5. Suspeito de TB 6. Suspeito de TB 7. Suspeito de TB 8. Suspeito de TB 9. Suspeito de TB 10. Suspeito de TB 11. Suspeito de TB 12. Suspeito de TB 13. Suspeito de TB 14. Suspeito de TB 15. Suspeito de TB 16. Suspeito de TB 17. Suspeito de TB 18. Suspeito de TB 19. Suspeito de TB 20. Suspeito de TB 21. Suspeito de TB 22. Suspeito de TB 23. Suspeito de TB 24. Suspeito de TB 25. Suspeito de TB 26. Suspeito de TB 27. Suspeito de TB 28. Suspeito de TB 29. Suspeito de TB 30. Suspeito de TB 31. Suspeito de TB 32. Suspeito de TB 33. Suspeito de TB 34. Suspeito de TB 35. Suspeito de TB 36. Suspeito de TB 37. Suspeito de TB 38. Suspeito de TB 39. Suspeito de TB 40. Suspeito de TB 41. Suspeito de TB 42. Suspeito de TB 43. Suspeito de TB 44. Suspeito de TB 45. Suspeito de TB 46. Suspeito de TB 47. Suspeito de TB 48. Suspeito de TB 49. Suspeito de TB 50. Suspeito de TB 51. Suspeito de TB 52. Suspeito de TB 53. Suspeito de TB 54. Suspeito de TB 55. Suspeito de TB 56. Suspeito de TB 57. Suspeito de TB 58. Suspeito de TB 59. Suspeito de TB 60. Suspeito de TB 61. Suspeito de TB 62. Suspeito de TB 63. Suspeito de TB 64. Suspeito de TB 65. Suspeito de TB 66. Suspeito de TB 67. Suspeito de TB 68. Suspeito de TB 69. Suspeito de TB 70. Suspeito de TB 71. Suspeito de TB 72. Suspeito de TB 73. Suspeito de TB 74. Suspeito de TB 75. Suspeito de TB 76. Suspeito de TB 77. Suspeito de TB 78. Suspeito de TB 79. Suspeito de TB 80. Suspeito de TB 81. Suspeito de TB 82. Suspeito de TB 83. Suspeito de TB 84. Suspeito de TB 85. Suspeito de TB 86. Suspeito de TB 87. Suspeito de TB 88. Suspeito de TB 89. Suspeito de TB 90. Suspeito de TB 91. Suspeito de TB 92. Suspeito de TB 93. Suspeito de TB 94. Suspeito de TB 95. Suspeito de TB 96. Suspeito de TB 97. Suspeito de TB 98. Suspeito de TB 99. Suspeito de TB 100. Suspeito de TB

AGRAVOS ASSOCIADOS

AIDS  Alcoolismo  Drogação  Diabetes  Doença Mental  Outra (especificar): \_\_\_\_\_

Tabagismo  Menstrual  Outras (especificar): \_\_\_\_\_

Tratamento

Esquema Usado:  Rifampicina (R)  Etambutol (E)  Levofloxacina (L)  Outras drogas (especificar): \_\_\_\_\_

Isoniazida (I)  Estreptomicina (S)  Pirazinamida (P)  Etionamida (E)  Amacacina (A)

Tipos de Tratamento:  1. Supervisionado 2. Autoadministrado 3. Sem informação

Internação

CNS: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

Data da Internação: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

1. Infecção Respiratória 2. Hipertensão 3. Hemiparesia 4. TB Pulmonar 5. TB Miliar 6. TB Menstrual 7. TB Menstrual 8. TB Menstrual 9. TB Menstrual 10. TB Menstrual 11. TB Menstrual 12. TB Menstrual 13. TB Menstrual 14. TB Menstrual 15. TB Menstrual 16. TB Menstrual 17. TB Menstrual 18. TB Menstrual 19. TB Menstrual 20. TB Menstrual 21. TB Menstrual 22. TB Menstrual 23. TB Menstrual 24. TB Menstrual 25. TB Menstrual 26. TB Menstrual 27. TB Menstrual 28. TB Menstrual 29. TB Menstrual 30. TB Menstrual 31. TB Menstrual 32. TB Menstrual 33. TB Menstrual 34. TB Menstrual 35. TB Menstrual 36. TB Menstrual 37. TB Menstrual 38. TB Menstrual 39. TB Menstrual 40. TB Menstrual 41. TB Menstrual 42. TB Menstrual 43. TB Menstrual 44. TB Menstrual 45. TB Menstrual 46. TB Menstrual 47. TB Menstrual 48. TB Menstrual 49. TB Menstrual 50. TB Menstrual 51. TB Menstrual 52. TB Menstrual 53. TB Menstrual 54. TB Menstrual 55. TB Menstrual 56. TB Menstrual 57. TB Menstrual 58. TB Menstrual 59. TB Menstrual 60. TB Menstrual 61. TB Menstrual 62. TB Menstrual 63. TB Menstrual 64. TB Menstrual 65. TB Menstrual 66. TB Menstrual 67. TB Menstrual 68. TB Menstrual 69. TB Menstrual 70. TB Menstrual 71. TB Menstrual 72. TB Menstrual 73. TB Menstrual 74. TB Menstrual 75. TB Menstrual 76. TB Menstrual 77. TB Menstrual 78. TB Menstrual 79. TB Menstrual 80. TB Menstrual 81. TB Menstrual 82. TB Menstrual 83. TB Menstrual 84. TB Menstrual 85. TB Menstrual 86. TB Menstrual 87. TB Menstrual 88. TB Menstrual 89. TB Menstrual 90. TB Menstrual 91. TB Menstrual 92. TB Menstrual 93. TB Menstrual 94. TB Menstrual 95. TB Menstrual 96. TB Menstrual 97. TB Menstrual 98. TB Menstrual 99. TB Menstrual 100. TB Menstrual

Data da Alta Hospitalar: \_\_\_\_\_ Tipo de Saída Hospitalar: \_\_\_\_\_

1. Alta 2. Alta 3. Alta 4. Alta 5. Alta 6. Alta 7. Alta 8. Alta 9. Alta 10. Alta 11. Alta 12. Alta 13. Alta 14. Alta 15. Alta 16. Alta 17. Alta 18. Alta 19. Alta 20. Alta 21. Alta 22. Alta 23. Alta 24. Alta 25. Alta 26. Alta 27. Alta 28. Alta 29. Alta 30. Alta 31. Alta 32. Alta 33. Alta 34. Alta 35. Alta 36. Alta 37. Alta 38. Alta 39. Alta 40. Alta 41. Alta 42. Alta 43. Alta 44. Alta 45. Alta 46. Alta 47. Alta 48. Alta 49. Alta 50. Alta 51. Alta 52. Alta 53. Alta 54. Alta 55. Alta 56. Alta 57. Alta 58. Alta 59. Alta 60. Alta 61. Alta 62. Alta 63. Alta 64. Alta 65. Alta 66. Alta 67. Alta 68. Alta 69. Alta 70. Alta 71. Alta 72. Alta 73. Alta 74. Alta 75. Alta 76. Alta 77. Alta 78. Alta 79. Alta 80. Alta 81. Alta 82. Alta 83. Alta 84. Alta 85. Alta 86. Alta 87. Alta 88. Alta 89. Alta 90. Alta 91. Alta 92. Alta 93. Alta 94. Alta 95. Alta 96. Alta 97. Alta 98. Alta 99. Alta 100. Alta

Contatos

Nome Completo Sem Abreviatura: \_\_\_\_\_ DT. NASC: \_\_\_\_\_

Tipo de Contato: \_\_\_\_\_

Número de Contatos Existentes: \_\_\_\_\_

Observações

Transfêrencia para: \_\_\_\_\_

USF que realiza o tratamento supervisionado: \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

PREENCHER ESTA FICHA PARA:

1. Todo e qualquer doente para o qual há tratamento de tuberculose, seja em caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente. Pacientes em tratamento com não-terapia devem também ser notificados.

2. Doente identificado por exame bacteriológico positivo, mesmo sem início de tratamento.

3. Doente que tenha sido identificado como tal após o óbito.

PRAZO DE ENVIO:

Enviar para digitação no prazo máximo de 7 dias. Os exames em andamento não devem deixar esse envio - eles serão atualizados oportunamente.

ITENS:

Identificação: Registrar sem abreviações.

Exames: Número de anos de estudo completos. Por exemplo se o doente completo até a 5ª série do ensino fundamental, registrar 5.

Tratamento

Histórico de tratamento anterior: Registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de doente.

Causa real/obscure para transferência para continuidade do tratamento - informar código 1 (Caso novo) se o paciente estiver em seu primeiro tratamento de tuberculose.

Descoberta: Registrar a forma de descoberta no campo de origem.

Utilização de ARV: Para pacientes HIV positivos, registrar o uso de ARV durante o tratamento da tuberculose.

LINK TUBERCULOSE:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/tuberculose/index.php?p=267593](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/tuberculose/index.php?p=267593)



**Programa de Tuberculose**

**SÍNTESE DE COMUNICANTES**

matrícula \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Nome	Idade	Parentesco	Matrícula CSEB	Sint. Respirat.	BCG	BK	RX	PPD	Químio.	Tto.	Obs.
1.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
2.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
3.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
4.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
5.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
6.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
7.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
8.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						

**Programa de Tuberculose**

**FOLHA DE SÍNTESE**

Matrícula \_\_\_\_\_ F.F. \_\_\_\_\_ Forma de TB \_\_\_\_\_ Admissão // //

Nome \_\_\_\_\_ Notificação // //

SITUAÇÕES DE RISCO: \_\_\_\_\_ HIV Resultado: // // VD de foco // //

FINAL DO T.T.O. // //

ALTA

ABANDONO

TRANSFERÊNCIA

OUTROS

DATA	FALTA	TIPO DE CONSULTA	ESQ.	INFORMAÇÕES RELEVANTES	EXAMES	PESO	RET
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //

Nome	Idade	Parentesco	Matrícula CSEB	Sint. Respirat.	BCG	BK	RX	PPD	Químio.	Tto.	Obs.
9.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
10.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
11.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
12.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
13.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
14.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
15.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
16.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
17.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
18.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
19.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						
20.				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						

DATA	FALTA	TIPO DE CONSULTA	ESQ.	INFORMAÇÕES RELEVANTES	EXAMES	PESO	RET
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //
// //		CN SEG PA AE VD	R H Z E! St		BK Cult. RX Outros		// //

// // REAVALIAÇÃO PÓS-ALTA      Faltou: ( ) sim ( ) não      Conduta: \_\_\_\_\_

# CONSOLIDADO NOTIFICAÇÕES IST'S E TB

<b>ANO</b>	<b>SÍFILIS AD</b>	<b>SÍFILIS GEST</b>	<b>HEP. B</b>	<b>HEP C</b>	<b>HIV</b>	<b>TB/ ILTB</b>
2020	16	09	01	0	0	11/ 08
2021	21	07	02	07	0	04/ 00
2022	03	02	0	07	03	02/ 02

# Propostas

1. **Coletas sorológicas de controle após 3ª dose de PB: agendamento pela equipe sala vacina**
2. **Sorologias de controle: coleta no dia da consulta, pela equipe do Cavis**
3. **Incluir ficha de controle para casos de sífilis adquirida no prontuário**
4. **Planilha de controle dos casos de sífilis adquirida (Igor)**
5. **Vigilância coletas sorológicas pelo Matrix (toda 2ªfeira)**
6. **Atualizar fichas atendimento programa de tuberculose CSEB (Inclusão de exames laboratoriais(IST's, TGO, TGP (1º e 2º mês tto), Ureia, Cr, Glicemia) - Tds casos TB e RX de tórax - TB Pulmonar (início. 2º e 6º)**
7. **Faltosos: gestantes e tuberculose - ficha de faltosos (contato telefônico e ou VD)**
8. **Gestantes faltosas laboratório: SADT para Cavis**
9. **Busca ativa sintomáticos respiratórios e coleta BK no território**
10. **(se sintomático ou suspeito fazer o levantamento contatos e solicitar RX e PPD)**
11. **VDs caso novo TB: Investigação comunicantes RX e PPD para todos os comunicantes e coleta de BK dos sintomáticos no domicílio - Registrar**