

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

Unidade solicitante: _____ tel: _____

Nome do paciente: _____

Endereço: _____ tel: _____

SINAN nº _____

Motivo do encaminhamento (preenchimento obrigatório):

Dados Clínicos e laboratoriais

Forma clínica: _____ Data início de tratamento: _____

Esquema: ☐ R ☐ H ☐ Z ☐ E ☐ Amica ☐ Bedaquilina ☐ Tz ☐ Levo ☐ Et

Outros: _____ Mudança de esquema ☐ sim ☐ não Causa: _____

Novo esquema: _____ Data da troca/suspensão: _____

Resultados de exames: data da coleta da amostra ____/____/____

Teste molecular rápido/TB ☐ MTB detectável, sensível à rifampicina
☐ MTB detectável, resistente à rifampicina
☐ MTB detectável, inconclusivo para rifampicina
☐ MTB não detectável
☐ inconclusivo
☐ não realizado

BAAR escarro ☐ positivo ☐ negativo ☐ não realizado. Data coleta ____/____/____

Cultura de escarro ☐ positiva ☐ negativa ☐ não realizado ☐ em andamento

BAAR de outro material: _____ ☐ positiva ☐ negativa ☐ não realizado

Cultura de outro material: ☐ positiva ☐ negativa ☐ não realizado ☐ em andamento

Teste de sensibilidade: ☐ não realizado ☐ sensível ☐ resistente

Drogas resistentes: _____

RX: tórax: ☐ normal ☐ alterado Cavidade ☐ D ☐ E

Opacidade ☐ D ☐ E nódulo ☐ D ☐ E derrame pleural ☐ D ☐ E

Outros exames: _____

PPD: _____ mm ADA: _____ Quimiocitológico de líquido/líquido pleural: _____

HIV ☐ positivo ☐ negativo ☐ não realizado ☐ em andamento

CD4 _____ Carga viral _____

ARV em uso: _____

Resp. pelo preenchimento: _____ Data ____/____/____

Assinatura e carimbo

Conforme contato anterior, estamos encaminhando:

Nome da unidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Data do agendamento: ____/____/____ horário: _____

Motivo: ☐ avaliação da referência (resistência, toxicidade, elucidação diag)

☐ transferência do doente

☐ tratamento supervisionado cooperado/compartilhado

☐ informação de suspensão de tratamento

☐ outros _____

Observação:

Em caso de dúvida, solicitamos entrar em contato pelo telefone _____

As informações sobre o acompanhamento poderão ser repassadas pelo e-mail _____

Enviar os exames em formato PDF, imagens pesam muito e não chegam na referência.

Resp. pelo preenchimento: _____

Data: ____/____/____