

**FORMULÁRIO INTERNACIONAL DE TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**
**FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA DE PERSONAS EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS  
 INTERNATIONAL TRANSFER FORM OF PERSON UNDER TUBERCULOSIS TREATMENT**
**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE / IDENTIFICACION DELA PERSONA EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS / IDENTIFICATION OF PERSON UNDER TUBERCULOSIS TREATMENT**

 NOME E SOBRENOME / *NOMBRE Y APELLIDOS* / *FULL NAME*: .....  
 .....

 IDADE / *EDAD* / *AGE*:.....

 SEXO / *SEXO* / *GENDER*:.....

 DATA DE NASCIMENTO / *FECHA DE NACIMIENTO* / *BIRTHDAY*:.....

 NÚMERO DA IDENTIDADE ou PASSAPORTE / *CECULA DE IDENTIDAD o DNI* / *IDENTIFICATION or PASSPORT NUMBER*:.....

 NOME DA MÃE / *NOMBRE DE LA MADRE* / *MOTHER'S NAME*: .....  
 .....

 NACIONALIDADE / *NACIONALIDAD* / *NATIONALITY*:.....

 IDIOMA / *IDIOMA QUE HABLA* / *MOTHER LANGUAGE*:.....

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL / <i>DOMICILIO</i> / <i>HOME ADDRESS</i></b>	<b>ORIGEM / <i>LUGAR DE ORIGEN</i> / <i>ORIGIN</i></b>	<b>DESTINO / <i>LUGAR DE DESTINO</i> / <i>DESTINATION</i></b>
ENDEREÇO COMPLETO / <i>NOMBRE CALLE Y N° (REFERENCIA)</i> / <i>FULL ADDRESS</i>		
CIDADE E UF / <i>COMUNA O DISTRITO, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO</i> / <i>CITY AND STATE</i>		
N° DE TELEFONE / <i>N° DE TELÉFONO</i> / <i>PHONE NUMBER</i>		
PAÍS / <i>COUNTRY</i>		
CONTATO DE EMERGÊNCIA (NOME E TELEFONE) / <i>CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y TELÉFONO)</i> / <i>EMERGENCY CONTACT (NAME AND PHONE NUMBER)</i>		

**2. HISTÓRIA DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE TUBERCULOSE / ANTECEDENTES DIAGNOSTICO DEL EPISODIO ACTUAL DE TBC / HISTORY OF PREVIOUS TUBERCULOSIS DIAGNOSIS**

DATA DO DIAGNÓSTICO / FECHA DE DIAGNÓSTICO / DATE OF DIAGNOSIS :.....

**FORMA CLÍNICA / FORMA CLINICA / CLINICAL FORM:**

PULMONAR / PULMONARY:.....

EXTRAPULMONAR / EXTRAPULMONARY:.....

PULMONAR + EXTRAPULMONAR / PULMONARY + EXTRAPULMONARY:.....

**HISTÓRIA DE TRATAMENTO PRÉVIO / HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO / HISTORY OF PREVIOUS TREATMENT:**

<b>TRATAMENTO PRÉVIO / TRATAMIENTO PREVIO / HISTORY OF PREVIOUS TREATMENT</b>		<b>SIM / SI / YES</b>	<b>NÃO / NO</b>
CASO NOVO / PACIENTE NUEVO / NEW CASE			
CASO DE RETRATAMENTO / PERSONA PREVIAMENTE TRATADA / RETREATMENT CASE	RECIDIVA / PERSONA CON RECAÍDA / RELAPSE		
	FALÊNCIA / PERSONA CON TRATAMIENTO DESPUÉS DE FRACASO / FAILURE		
	REINGRESSO APÓS ABANDONO / PERSONA CON TRATAMIENTO DESPUÉS DE PÉRDIDA AL SEGUIMIENTO / AFTER DEFAULT		
	OUTRO CASO DE RETRATAMENTO (ESPECIFICAR) / OTRA PERSONA PREVIAMENTE TRATADOS / OTHER RETREATMENT CASE		
PESSOA COM HISTÓRIA DESCONHECIDA DE TRATAMENTOS PRÉVIOS POR TB / PERSONA CON HISTORIA DESCONOCIDA DE TRATAMIENTOS PREVIOS POR TB / PERSON WITH UNKNOWN HISTORY OF PREVIOUS TB TREATMENT			

**DATA DA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS REALIZADOS / FECHA DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS REALIZADOS / DATE OF LABORATORY AND RADIOLOGICAL EXAMS:**

EXAME REALIZADO / EXAMEN REALIZADO / EXAM CONDUCTED	RESULTADO / RESULTS	DATA DE REALIZAÇÃO / FECHA DE REALIZACIÓN / DATE
Baciloscopia de escarro / <i>Baciloscopía de esputo / Sputum smear microscopy</i>	<input type="checkbox"/> Positiva / <i>Positive</i> <input type="checkbox"/> Negativa / <i>Negative</i> <input type="checkbox"/> Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Cultura de escarro / <i>Cultivo de esputo / Culture</i>	<input type="checkbox"/> Positiva / <i>Positive</i> <input type="checkbox"/> Negativa / <i>Negative</i> <input type="checkbox"/> Em andamento / <i>En estudio / Waiting for result</i> <input type="checkbox"/> Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Radiologia / <i>Radiología / Radiology</i>	<input type="checkbox"/> Suspeita de TB / <i>Sospecha TB / TB Suspect</i> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outra patologia / <i>Otra patologia / Other pathology</i> <input type="checkbox"/> Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Teste de sensibilidade / <i>Prueba de sensibilidad / Drug Susceptibility test</i>	<input type="checkbox"/> Sensível / <i>Sensible / Sensitive</i> <input type="checkbox"/> Resistente a Isoniazida / <i>Resistent to Isoniazide</i> <input type="checkbox"/> Resistente a Rifampicina / <i>Resistent to Rifampicine</i> <input type="checkbox"/> Resistente a outras drogas de 1ª linha / <i>Resistente a otras drogas de 1ª línea / Resistent to other 1st line drugs</i> <input type="checkbox"/> Em andamento / <i>En estudio / Waiting for result</i> <input type="checkbox"/> Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Teste Rápido Molecular / <i>Test molecular rápido / Rapid Molecular Test</i>	<input type="checkbox"/> MTB detectado, RIF sensível / <i>MTB detectado, RIF sensible / MTB detected, RIF sensitive</i> <input type="checkbox"/> MTB detectado, RIF resistente / <i>MTB detectado, RIF resistente / MTB detected, RIF resistant</i> <input type="checkbox"/> MTB não detectado / <i>MTB no detectado / MTB not detected</i> <input type="checkbox"/> MTB indeterminado / <i>MTB no determinado / MTB indefinite</i>	

**NOTIFICAÇÃO / NOTIFICACIÓN / NOTIFICATION:**

Sim / Si / Yes:.....

Não / No:.....

Data / Fecha / Date: .....

**3. ESQUEMA DE TRATAMENTO UTILIZADO NO MOMENTO DA TRANSFERÊNCIA / ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO / TREATMENT SCHEME USED WHEN TRANSFERED:**

**A – ESQUEMA DE TRATAMENTO ADMINISTRADO / ESQUEMA DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO / TREATMENT SCHEME ADMINISTRATED:**

.....

**B – DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO / FECHA INICIO TRATAMIENTO / DATE OF START OF TREATMENT:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dia, mês, ano / día, mes, año / day, month, year)

**C – FÁRMACOS ADMINISTRADOS / DRUGS ADMINISTRATED:**

<b>FÁRMACO / DRUG</b>	<b>DOSE / DOSIFICACIÓN / DOSAGE</b>	<b>Nº DE DOSES ADMINISTRADAS / Nº DOSIS ADMINISTRADAS / Nº OF DOSAGE ADMINISTRATED</b>	<b>DATA DA ÚLTIMA DISPENSA / FECHA DE LA ÚLTIMA DISPENSA / DATE OF LAST MEDICATION</b>	<b>QUANTIDADE DISPENSADA / CANTIDAD DISPENSADA / QUANTITY GIVEN TO PATIENT</b>

**4. REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS / REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTOS (RAM) / SIDE EFFECTS TO TREATMENT:**

Sim / Si / Yes:.....

Não / No:.....

ESPECIFICAR REAÇÃO / ESPECIFICAR RAM / SPECIFY SIDE EFFECTS:.....

ESPECIFICAR FÁRMACO / SPECIFY TO WHICH DRUG:.....

**5. CONDIÇÕES ASSOCIADAS / CONDICIONES ASOCIADAS / ASSOCIATED CONDITIONS**

HEPATOPATIAS:..... <i>HEPATOPATHY</i>	DIABETES:.....	TABAGISMO:..... <i>TABAQUISMO / TABAGISM</i>
SILICOSE:..... <i>SILICOSIS</i>	INSUFICIENCIA RENAL:..... <i>RENAL FAILURE</i>	
ALCOOLISMO:..... <i>ALCOHOLISMO / ALCOHOLISM</i>	USO DE DROGAS ILÍCITAS:..... <i>ADICCIÓN A DROGAS / DRUG ADCTION</i>	
COINFECÇÃO TB-HIV:..... <i>COINFECCIÓN RETROVIRAL / TB-HIV COINFECTION</i>	IMUNODEFICIÊNCIAS:..... <i>INMUNODEFICIENCIAS / IMMUNODEFICIENCY</i>	
GRAVIDEZ / <i>EMBARAZO</i> / <i>PREGNANCY</i> :.....		
OUTRAS / <i>OTRAS</i> / <i>OTHER</i> :.....		

**6. DOCUMENTOS ANEXOS / DOCUMENTOS ADJUNTOS / ATTACHED FILES:**

( ) RADIOGRAFIA / <i>X-RAY</i>
( ) CARTÃO DE CONSULTA / <i>TARJETA DE TRATAMIENTO</i> / <i>TREATMENT CARD</i>
( ) RESULTADOS DA BIOPSE / <i>INFORME BIOPSIA</i> / <i>BIOPSE RESULTS</i>
( ) RESULTADOS DO TESTE DE SENSIBILIDADE / <i>RESULTADO ESTUDIO DE SENSIBILIDAD</i> / <i>DST RESULTS</i>
( ) IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE / <i>RESULTADO ESTUDIO TIPIFICACIÓN</i> /
( ) PRONTUÁRIO DO PACIENTE / <i>EPICRISIS</i> / <i>PATIENT CHART</i>
( ) OUTROS (ESPECIFICAR) / <i>OTROS (SEÑALAR)</i> / <i>OTHER (SPECIFY)</i> :.....

**7. DADOS DO PROFISSIONAL E ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA / IDENTIFICACION DE LA PERSONA E ESTABLECIMIENTO QUE TRASLADA / INFORMATION FROM PROFESSIONAL AND FACILITY OF TRANSFER**

NOME / NOMBRE / NAME: .....

ESTABELECIMENTO / ESTABLECIMIENTO / FACILITY :.....

CARGO / OCUPATION:.....

ENDEREÇO / DIRECCION / ADDRESS:.....

TELEFONE / TELEFONO / PHONE NUMBER: .....

E-MAIL / CORREO ELECTRÓNICO:.....

OBSERVAÇÕES / OBSERVACIONES / OBSERVATIONS: .....

.....

DATA DA TRANSFERÊNCIA / FECHA DEL TRASLADO / DATE OF TRANSFER: .....

ASSINATURA DO PROFISSIONAL / FIRMA DEL PROFESIONAL / PROFESSIONAL SIGNATURE:

.....

- **UMA CÓPIA DO FORMULÁRIO E DO PRONTUÁRIO DEVEM SER ENTREGUES À PESSOA / UNA COPIA DEL FORMULARIO Y DE LA TARJETA DE TRATAMIENTO DEBE SER ENTREGADA AL PERSONA / A COPY OF THE FORM AND CHART SHOULD BE GIVEN TO THE PERSON**
- **ENVIAR O FORMULÁRIO E DOCUMENTOS ANEXOS NO ITEM 6 POR VIAS OFICIAIS / ENVIAR EL FORMULARIO y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS (ITEM 6) POR VIA OFICIAL / SEND FORM AND ALL DOCUMENTS ATTACHED ON ITEM 6 SHOULD BE OFFICIALLY SENT TO THE RECIPIENT COUNTRY**
  - **ENVIAR NOTIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO / ENVIAR ACUSE DE RECIBO / SEND RECEIVE NOTICE**