



ANEXO DO MOVIMENTO MENSAL DO PROGRAMA DE ELIMINAÇÃO DA TUBERCULOSE

Mês/Ano: ____/____

Nº	Identificação do paciente	Data de nascimento	Sexo	Peso	Tratamento de TB ou ILTB?	Número do Sinan/IL-TB	Data do início do tratamento	Mes de tratamento	Medicação utilizada por paciente	Quantidade solicitada por paciente	Quantidade liberada SES
1	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										
2	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										
3	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										
4	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										
5	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										
6	Nome completo do paciente										
	Nome da mãe										

OBS.:

RESPONSÁVEL PELO CONTROLE: _____

(Assinatura e carimbo - Farmacêutico ou Enfermeiro)

VISTO/DATA: _____

(Técnico da SES-TO)