



ANEXO I

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

NOME:.....
 IDADE:..... SEXO:..... DATA DE NASCIMENTO:.....
 NÚMERO DA IDENTIDADE:.....
 NOME DA MÃE:.....
 Nº DE TELEFONE:.....
 CONTATO DE EMERGÊNCIA (NOME E TELEFONE):.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL	ORIGEM	DESTINO
ENDEREÇO:		
CIDADE E UF:		
PAÍS:		

2. HISTÓRIA DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE TUBERCULOSE

DATADO DIAGNÓSTICO:.....
 TIPO DE TUBERCULOSE: PULMONAR () EXTRAPULMONAR () PULMONAR + EXTRAPULMONAR ()
 ESPECIFICAR:.....
 Nº NOTIFICAÇÃO:..... DATA DA NOTIFICAÇÃO...../...../.....

3. HISTÓRIA DE TRATAMENTO

TRATAMENTO PRÉVIO		SIM	NÃO
CASO NOVO			
CASO DE RETRATAMENTO	RECIDIVA		
	FALÊNCIA		
	REINGRESSO APÓS ABANDONO		
	OUTRO CASO DE RETRATAMENTO (ESPECIFICAR)		
EXAME REALIZADO	RESULTADO	DATA DE REALIZAÇÃO	
Teste Rápido Molecular (TRM-TB)	() MTB detectado, sensível () MTB detectado, resistente () MTB não detectado () MTB indeterminado		
Cultura	() Positiva () Negativa () Em andamento () Não realizada		
Raio-X do Tórax	() Suspeita de TB () Normal () Outra patologia () Não realizada		
Teste de sensibilidade	() Sensível () Resistente a Isoniazida		





	() Resistente a Rifampicina () Resistente a outras drogas de 1ª linha () Em andamento () Não realizada	
Baciloscopia de escarro	() Positiva () Negativa () Não realizada	

4. ESQUEMA DE TRATAMENTO UTILIZADO NO MOMENTO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____

FÁRMACO	Nº DE DOSES ADMINISTRADAS	DATA DA ÚLTIMA DISPENSA	QUANTIDADE DISPENSADA

5. REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

SIM: () NÃO: ()

ESPECIFICAR

REAÇÃO:.....

ESPECIFICAR FÁRMACO:.....

CONDIÇÕES ASSOCIADAS	SIM	NÃO	CONDIÇÕES ASSOCIADAS	SIM	NÃO
HEPATOPATIAS			ALCOOLISMO		
DIABETES			TABAGISMO		
COINFEÇÃO TB-HIV			IMUNODEFICIÊNCIAS		
GRAVIDEZ			SILICOSE		
INSUFICIÊNCIA RENAL			OUTRAS:		
USO DE DROGAS ILÍCITAS					

6. DOCUMENTOS ANEXOS

RAIO X DO TÓRAX	CARTÃO DE CONSULTA	RESULTADOS DE BIÓPSIA	RESULTADOS DO TESTE DE SENSIBILIDADE	IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE	PRONTUÁRIO DO PACIENTE
()	()	()	()	()	()
OUTROS:					

7. DADOS DO PROFISSIONAL E ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA

NOME:.....

ESTABELECIMENTO:.....

ENDEREÇO:.....

TELEFONE:.....

E-MAIL:.....

DATADA TRANSFERÊNCIA:.....

OBSEVAÇÕES:

- UMA CÓPIA DO FORMULÁRIO E DO PRONTUÁRIO DEVEM SER ENTREGUES À PESSOA.
- ENVIAR O FORMULÁRIO E DOCUMENTOS ANEXOS PARA UNIDADE DE SAÚDE DE DESTINO POR VIAS OFICIAIS.

