

Ficha de investigação de óbito com menção de tuberculose

Outras Unidades de Saúde e com familiares

Nº

A IDENTIFICAÇÃO	
Uso exclusivo do PCT	Foi notificado no Sinan antes de morrer? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Nº de notificações no Sinan-TB: <input type="text"/>
	Data da última notificação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº da ficha do Sinan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Situação do caso no SIM: <input type="checkbox"/> 1-Tuberculose causa básica 2-Tuberculose causa associada 3-Consta no SIM sem menção de tuberculose 4-Sem registro do caso no SIM
Dados do paciente	Data do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº da declaração de óbito: <input type="text"/>
	Nome do paciente: <input type="text"/>
	Nome da mãe: <input type="text"/>
	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino
	Endereço: <input type="text"/>
	Bairro: <input type="text"/> Município de residência: <input type="text"/> UF: <input type="text"/>
B INVESTIGAÇÃO EM OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE E COM FAMILIARES	
Responda as questões abaixo relativas ao estabelecimento de saúde que atendeu o paciente	
Nome do estabelecimento: <input type="text"/>	
Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde da Família 2- Unidade Básica de Saúde 3- Policlínica 4- Referência para tuberculose 5- Serviço privado 6- Outra. Qual? <input type="text"/>	
Data da primeira consulta em que o paciente relatou sintomas da tuberculose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Houve diagnóstico de tuberculose? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Data do diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Iniciou tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Data do início do tratamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Situação de encerramento <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por tuberculose 4-Óbito por outras causas 5-Transferência 6-Mudança de diagnóstico 7-TB-DR 8-Mudança de esquema 9-Falência 10-Abandono Primário	
Observações: <input type="text"/>	
Sinais e sintomas descritos no(s) prontuário(s) 1-Sim 2-Não 9-Sem registro	
<input type="checkbox"/> Tosse. Por quanto tempo? (em dias): <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento/caquexia/desnutrição <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Catarro <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor torácica	
<input type="checkbox"/> Catarro com sangue <input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas. Quais? <input type="text"/>	
Doenças e agravos associados 1-Sim 2-Não 9-Sem registro	
<input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença mental <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas	
<input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia	
<input type="checkbox"/> Outras condições. Quais? <input type="text"/>	

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM**Baciloscopia de escarro** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) 1 - Detectável sensível à rifampicina 2 - Detectável resistente à rifampicina
3 - Detectável indeterminado à rifampicina 4 - Não detectável 5 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: _____

Baciloscopia de outro material 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: _____

Cultura de escarro 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Houve identificação de espécie? 1 - Sim 2 - Não | Se sim, qual espécie de micobactéria? _____**Cultura de outro material** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Material utilizado: _____

Houve identificação de espécie? 1 - Sim 2 - Não | Se sim, qual espécie de micobactéria? _____**Teste de sensibilidade antimicrobiana**1 - Resistente somente à isoniazida 2 - Resistente somente à rifampicina
3 - Resistente à isoniazida e rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha
5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado 8 - Amostra imprópria

Data do resultado:

Raio-X de tórax1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Sequela de tuberculose/Lesões crônicas
4 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____
5 - Não realizado 6 - Foi realizado, mas não há laudo no prontuário

Data do resultado:

Histopatológico1 - Confirmado
2 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____
3 - Não realizado

Data do resultado:

Teste para HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado

Data do resultado:

Tomografia computadorizada 1 - Realizada 2 - Não realizada

Data do resultado:

Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento Nódulos de espaço aéreo (consolidação)* Sequela de tuberculose/Lesões crônicas Outros. Quais: _____

*Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.

Broncoscopia 1 - Realizada 2 - Não realizada

Data do resultado:

Outros exames

Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros.

Foi encaminhado para necropsia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Hospital
Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE	
Forma clínica:	<input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar
Se extrapulmonar:	<input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? _____
O paciente abandonou o tratamento?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais medidas foram tomadas para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.	
O paciente precisou ser transferido?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, para qual referência? _____
Quais os motivos? <input type="checkbox"/> 1 - TB-DR 2 - Coinfecção TB-HIV 3 - Reação adversa 4 - Outros. Quais? _____	
Foi observado se o paciente chegou na outra unidade?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
Fazia tratamento diretamente observado?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Confirmado óbito por tuberculose?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Continuar a investigação?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais os motivos?	<input type="checkbox"/> Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes <input type="checkbox"/> Investigação de contatos <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____
Observações gerais	
Sinais e sintomas de outras doenças; diagnóstico laboratorial de outras doenças; relatos de diagnóstico inoportuno da tuberculose; perda de continuidade de tratamento; uso ou não de Tarv; notificação no SITETB; vulnerabilidades; falhas no preenchimento do prontuário e outros pontos que o investigador julgar importantes. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
Investigação de contatos	Em caso confirmado de tuberculose, deve-se investigar os contatos.
	Quantos contatos foram identificados? <input type="text"/> <input type="text"/> Quantos foram examinados? <input type="text"/> <input type="text"/>
	Relação de contatos do paciente
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Nome: _____ Idade: _____	
Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO	
Informações em folhas anexas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da investigação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nome do responsável: _____	Telefone de contato: _____
Local de trabalho do responsável pela investigação: _____	