Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Gerência de Pneumologia Sanitária

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE

1 – Município de Atendimento

2 – Unidade de Saúde

3 – Nome do paciente

4– Nome da mãe

5 – Nº do prontuário | 6 - Data de nascimento | 7- Idade

8 – Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino | 9 - Profissão

10 – Endereço:

CEP | Bairro: | Município:

11 – Teve contato com bacilífero? ☐ Sim ☐ Não | 11b – Nome do(s) caso(s) de Tuberculose (índice) 1º-

11a –O contato é TBDR? ☐ Sim ☐ Não | 2º-

12 - Vacinado com BCG? ☐ Sim, menos de 2 anos ☐ Sim, mais de 2 anos ☐ Não ☐ Não sabe

13 – Teve tuberculose? ☐ Não ☐ Sim, curou ☐ Sim, abandonou ☐ Não sabe

14 – Raio X de tórax
☐ Normal ☐ Suspeito de TB pulmonar ☐ Lesões compatíveis com TB inativa ☐ Outra patologia ☐ Não realizado

15 – Baciloscopia de escarro
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Não realizado

16 – Sorologia para HIV ☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Em andamento ☐ Não realizada

17 – Realizou Prova Tuberculínica (PT) anteriormente?
☐ Não ☐ Sim, 0 a 4 mm ☐ Sim, 5 a 9 mm
☐ Sim, 10 ou mais Há quanto tempo ? _____

18 – PT atual
☐ Não realizado ☐ De 5 a 9 mm
☐ De 0 a 4 mm ☐ De 10 ou mais

19 – Já fez quimioprofilaxia? ☐ Sim ☐ Não

20 – Condições clínicas e epidemiológicas associadas a alto risco de desenvolver tuberculose doença ?

☐ Alterações radiológicas fibróticas Sugestivas de seqüela de TB
☐ Baixo peso (< 85% do peso ideal)
☐ Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia
☐ Diabetes mellitus
☐ Insuficiência renal em diálise
☐ HIV/ AIDS
☐ Neoplasia de cabeça e pescoço
☐ Profissional de saúde
☐ Quimioterapia antineoplásica
☐ Silicose
☐ Tabagista (> = maço dia)
☐ Trabalhador de instituição de longa permanência
☐ Trabalhador do sistema prisional
☐ Tratamento com corticóides em dose de imunossupressão
☐ Tratamento com imunossupressores
☐ Tratamento com inibidores TNFα
☐ Outras Condições clínicas associadas (Quais ?) : _____

21 – Data do início da quimioprofilaxia _____ / _____ / _____

22 – Drogas utilizadas: ☐ Isoniazida ☐ Outra? _____

23 – Transferido de outra Unidade? ☐ Não ☐ Sim Início do tratamento _____/_____/_____

24 - Responsável pelo preenchimento:_____ 25 - Função: _____

26 - Data: _____/_____/_____ 27 - Assinatura:_____

ORIENTAÇÕES PARA PRENCHIMENTO NO VERSO

Orientações para preenchimento da ficha de investigação de Quimioprofilaxia para Tuberculose

1 – Preencher com o nome completo do município que está notificando o caso.
2 – Preencher com o nome completo da Unidade de Saúde que está notificando.
3 – Preencher com o nome completo do paciente, sem abreviações e sem alterar as letras preenchidas na ficha, por exemplo, trocar s por z no nome Sousa.
4 – Preencher com o nome completo da mãe, sem abreviações e sem alterar as letras preenchidas na ficha, por exemplo, trocar **s** por **z** no nome Sou**s**a.
5 – Preencher com o número de registro ou prontuário no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) da Unidade de Saúde ou, caso não exista um registro específico no PCT, o número de registro Geral na Unidade de Saúde.
6 – Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
7 – Anotar a idade do paciente . Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
8 – Marcar com X o item correspondente ao sexo do paciente.
9 – Informar a atividade exercida pelo paciente ou sua última atividade quando o paciente estiver desempregado.
10 – Anotar o tipo (rua, avenida, travessa, etc.) e nome completo do logradouro, número, bairro, município de residência e CEP (todas as informações são importantes).
11 – Marcar com X: assinalando **SIM**, se teve contato com paciente com baciloscopia ou cultura de escarro positiva, e **NÃO** para baciloscopia de escarro negativa e/ou cultura não realizada.
- Caso o paciente saiba que teve contato com paciente de tuberculose pulmonar, mas não saiba o resultado do exame de escarro, solicitar-lhe para buscar o resultado do exame de escarro. Este é um dos dados mais importantes para optar pela quimioprofilaxia e, geralmente, vem a partir do início do tratamento de uma pessoa com tuberculose na própria unidade.

11a - Marcar com X: assinalando **SIM**, se o contato for TBDR (Tuberculose Droga Resistente) e **NÃO,** se for de Tuberculose sensível.
11b – Registrar o(s) nome(s) do(s) paciente(s) de tuberculose origem do contato (sem abreviaturas).
12 – Marcar com X o item correspondente à situação vacinal de BCG, em caso afirmativo atentar para o tempo após a vacinação. Lembrando que o tempo decorrido após a vacinação é importante para indicação de quimioprofilaxia em menores de 15 anos.
13 - Marcar com X o item correspondente à informação colhida.
14 – Marcar com X o item correspondente à informação sobre a Radiografia de tórax (outra patologia são alterações que não são compatíveis com a tuberculose pulmonar), se realizado registrar a alternativa de acordo com o resultado.
15 – Marcar com X o item correspondente ao resultado da baciloscopia de escarro para BAAR.
16 - Marcar com X o item correspondente à situação da sorologia para o HIV (vírus da imunodeficiência adquirida).
17 – Marcar com X assinalando o item de acordo com a realização ou não da prova tuberculínica anterior ao contato atual com TB. Se Sim, assinalar a alternativa correspondente ao valor do resultado, obtido em registro documental (que pode ser anotação no prontuário ou resultado por escrito, confirmando o valor do mesmo) e por extenso há quanto tempo foi realizado.
18 – Marcar com X assinalando o item de acordo com a realização ou não da prova tuberculínica atual, que originou a decisão desta quimioprofilaxia. Se Sim, assinalar a alternativa correspondente ao valor do resultado, obtido em registro documental (que pode ser anotação no prontuário ou resultado por escrito, confirmando o valor do mesmo).
19 – Marcar com X assinalando **SIM**, se tiver feito uso de isoniazida por, no mínimo 06 (seis) meses, ou **NÃO**, se nunca utilizou esta droga ou a utilizou por período de tempo menor que os especificados para quimioprofilaxia.
20 - Marcar com X um ou mais itens, referente ao caso.
21 - Preencher com a data de início do **tratamento atual** na Unidade de Saúde que está notificando o caso.
22 - Marcar com X a droga utilizada, caso seja a opção **outra**, especificar.
23 - Marcar com X assinalando o item de acordo com a procedência do paciente e a data do início do tratamento neste local
24 - Informar o nome completo do responsável pelo preenchimento desta ficha.
25 - Informar a função do responsável pelo preenchimento desta ficha.
26 - Informar a data do preenchimento desta ficha.
27 - Assinatura do responsável pelo preenchimento desta ficha.