

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	
Baciloscopia de escarro <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) <input type="checkbox"/> 1 - Detectável sensível à rifampicina 2 - Detectável resistente à rifampicina 3 - Detectável indeterminado à rifampicina 4 - Não detectável 5 - Não realizado Material utilizado: _____ Data da admissão: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Baciloscopia de outro material <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Material utilizado: _____ Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Cultura de escarro <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____ Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Cultura de outro material <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Material utilizado: _____ Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____ Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Teste de sensibilidade antimicrobiana <input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Raio-X de tórax <input type="checkbox"/> 1 - 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Histopatológico <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 3 - Não realizado Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Teste para HIV <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): <input type="checkbox"/> Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento <input type="checkbox"/> Nódulos de espaço aéreo (consolidação)* <input type="checkbox"/> Sequela de tuberculose/Lesões crônicas <input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____ *Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.	
Broncoscopia <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Outros exames Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
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	
Em qual momento ocorreu o diagnóstico da tuberculose <input type="checkbox"/> 1 - Antes da última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 2 - Durante a última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 3 - Após a última hospitalização 4 - Não houve diagnóstico de tuberculose 5 - Ignorado	
Iniciou o tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Sem registro Se sim, 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"/>	
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? _____	
Confirmado óbito por tuberculose (causa básica ou associada)? <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>	
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nome do responsável:	Telefone de contato:
Local de trabalho do responsável pela investigação:	