

## Ficha de investigação de óbito com menção de tuberculose

### Outras Unidades de Saúde e com familiares

Nº

<b>A</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
	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"/>	Nº da ficha do Sinan: <input type="text"/>	
<b>Uso exclusivo do PCT</b>	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		
<b>Dados do paciente</b>	Data do óbito: <input type="text"/>	Nº da declaração de óbito: <input type="text"/>	
	Nome do paciente:		
	Nome da mãe:		
	Data de nascimento: <input type="text"/>	Idade: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino
	Endereço:		
	Bairro: <input type="text"/>	Município de residência: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
<b>B</b>	<b>INVESTIGAÇÃO EM OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE E COM FAMILIARES</b>		
	<b>Responda as questões abaixo relativas ao estabelecimento de saúde que atendeu o paciente</b>		
	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"/>		
	Houve diagnóstico de tuberculose? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Data do diagnóstico: <input type="text"/>		
	Iniciou tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Data do início do tratamento: <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"/>		
	<b>Sinais e sintomas descritos no(s) prontuário(s)</b> <span style="float: right;">1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro</span>		
	<input type="checkbox"/> Tosse. Por quanto tempo? (em dias): <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"/>		
	<b>Doenças e agravos associados</b> <span style="float: right;">1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro</span>		
<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**

<b>Baciloscopia de escarro</b> <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)</b> <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 do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Baciloscopia de outro material</b> <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Cultura de escarro</b> <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:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Cultura de outro material</b> <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:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Teste de sensibilidade antimicrobiana</b> <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:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Raio-X de tórax</b> <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:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Histopatológico</b> <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 3 - Não realizado	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Teste para HIV</b> <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não realizado	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Tomografia computadorizada</b> <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada <b>Laudo</b> (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.	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Broncoscopia</b> <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não realizada	Data do resultado:  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _
<b>Outros exames</b> Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros.	

<b>Foi encaminhado para necropsia</b>	
<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>B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE</b>	
<b>Forma clínica:</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar
<b>Se extrapulmonar:</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? _____
<b>O paciente abandonou o tratamento?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais medidas foram tomadas para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.	
<b>O paciente precisou ser transferido?</b>	<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? _____	
<b>Foi observado se o paciente chegou na outra unidade?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
<b>Fazia tratamento diretamente observado?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Confirmado óbito por tuberculose?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Continuar a investigação?</b>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Se sim, quais os motivos?</b>	<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? _____
<b>Observações gerais</b>	
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>Investigação de contatos</b>	<b>Em caso confirmado de tuberculose, deve-se investigar os contatos.</b>
	Quantos contatos foram identificados? <input type="text"/> <input type="text"/> Quantos foram examinados? <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Relação de contatos do paciente</b>
	<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____
	<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____
	<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____	
<b>Telefone:</b> _____ <b>Examinado:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
<b>B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO</b>	
<b>Informações em folhas anexas:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Data da investigação:</b> <input type="text"/>
<b>Nome do responsável:</b> _____	<b>Telefone de contato:</b> _____
<b>Local de trabalho do responsável pela investigação:</b> _____	