

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

UF	Município de Notificação	Código (IBGE)	
M G	JUIZ DE FORA	3 1 3 6 7 0	
Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	Data da Notificação
Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Houve mudança de endereço residencial <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não			
UF	Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito
Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)	
		Código	
Número	Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 1
Geo campo 2		Ponto de Referência	CEP
(DDD) Telefone		Zona <input type="checkbox"/> - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	País (se residente fora do Brasil)
Data da Consulta de Acompanhamento		Peso do Paciente	
Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês			
Exame HIV <input type="checkbox"/>		Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado <input type="checkbox"/>	Total de contatos examinados
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em andamento		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Situação de Encerramento <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário			
Se transferência 1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado			
UF de transferência	Município de transferência	Data de Encerramento	

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	
	Função	Assinatura