

Instrutivo para preenchimento da ficha de

QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE

N - Anotar o número da notificação atribuído pelo sistema no ato do preenchimento do mesmo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1- Preencher o nome da unidade de saúde ou a fonte que executou a notificação. **(CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 2- Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **(CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 3- Preencher Unidade Federativa de Notificação com SIGLA do estado. **(CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 4- Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **(CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 5- Preencher com a data em que o paciente pegou a medicação e iniciará o tratamento para infecção latente para tuberculose – **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 6- Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).**
- 7- Preencher com o número do Cadastro de Pessoa Física quando tive-lo no ato da notificação.
- 8- Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 9- Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 10- Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 11- Informar o sexo do paciente (M = masculino F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO.**
- 12- Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa.
- 13- Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou, considerando a última série concluída com aprovação, ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
- 14- Anotar DDD e telefone fixo do paciente.
- 15- Anotar o número de celular que o paciente mencionar no ato da notificação.
- 16- Anotar e-mail do paciente quando declarado.
- 17 - Anotar a ocupação do paciente. (Classificação conforme tabela do Código Brasileiro de Ocupações).
- 18- Preencher com a sigla da unidade federada – UF de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19- Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO e** preencher com o nome do distrito a qual o paciente pertence na abrangência de sua região.
- 20- Anotar o nome do bairro (ou código correspondente) de residência do paciente.
- 21- Anotar com o número do logradouro da residência do paciente.
- 22- Anotar local se zona rural ou urbana
- 23- Anotar número da quadra de residência do paciente.
- 24- Anotar com o número de lote de residência do paciente.
- 25- Anotar o número da residência do paciente.
- 26- Anotar complemento do logradouro (Ex. Bloco B, apto 402, casa 14 etc.).
- 27- Tipo de entrada do caso de acordo com a situação do paciente no momento de notificação e indicação do tratamento,
- 28- Preencher com resultado de raio x solicitado para investigação de imagens sugestivas ou seqüelas de tuberculose. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 29- IGRA – Resultado do texto para Infecção Latente por Tuberculose.
- 30- Informar se indivíduo realizou teste PPD ou Prova Tuberculínica, Se sim qual data último teste e resultado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 31- Preencher qual foi a indicação de tratamento da ILTB conforme a realização da prova tuberculínica ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 32- Informar se o indivíduo recebeu vacina BCG. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 33- Informar se o indivíduo é contato de um paciente com Tuberculose bacilífera e seus fatores de risco. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 34- Preencher os fatores de risco identificados no indivíduo.
- 35- Preencher qual foi a indicação de tratamento da ILTB conforme a realização da prova tuberculínica ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 36- Informar o Esquema de tratamento preconizado conforme o Ministério da Saúde. Isoniazida – Qualquer pessoa com indicação para tratamento de ILTB. A isoniazida deve ser o esquema preferencial, considerando-se a longa experiência da sua utilização e a disponibilidade desse fármaco no país. Em hepatopatas e idosos (acima de 50 anos), deve-se dar prioridade a outros regimes. Rifampicina – O esquema com rifampicina é a primeira escolha em indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, em contatos de monorresistentes à isoniazida e intolerância à isonizida. A rifampicina está contraindicada nas PVHA em uso de inibidores de protease. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 37- Preencher o nome do profissional de saúde que preencheu a ficha de notificação ou atendeu o paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 38- Preencher a Função do profissional de saúde que instituiu o tratamento de ILTB.
- 39- Assinatura do profissional que procedeu a notificação.

A responsabilidade do preenchimento da ficha de notificação é do profissional que realizou o diagnóstico da ILTB.