

LIVRO DE REGISTRO DE CONTATOS



Parceria Projeto Expand TPT – CGTM/SVSA/MS

Instruções gerais de preenchimento (células brancas)

Este livro se destina ao registro de CONTATOS de pessoas com tuberculose laríngea ou pulmonar. Outras indicações de tratamento preventivo da tuberculose (TPT) existem, e podem ser registradas no livro próprio do MS. Os dados devem ser registrados pelo profissional de saúde da clínica, com exceção das células sombreadas, que serão preenchidas pelo responsável da clínica. Os dados aqui registrados servem de base para a ferramenta de análise de registros, que será preenchida e analisada pelo responsável em cada clínica.

1. Registre apenas as colunas claras. Um responsável da clínica preencherá as células cinzas.
2. Pacientes índice, isto é, com tuberculose laríngea ou pulmonar (confirmada ou não). Não repita o nome do paciente índice se ele tiver vários contatos, use aspas.
3. Deixe sempre 2-3 linhas para eventuais contatos identificados após a 1ª consulta. Caso haja mais contatos e não haja espaço nas linhas sequenciais, repita o nome do paciente índice em vermelho ao final da lista para que o mesmo paciente não seja contabilizado mais de uma vez.
4. Registre a idade do contato em “a” (anos). Em caso de menores de um ano, usar “m” (meses), “d” (dias) ou “h” (horas). Utilize as colunas apropriadas (< ou 10 anos).
5. Sintomas sugestivos de TB: febre, tosse de qualquer duração, emagrecimento, sudorese noturna, fadiga. Registre apenas sim ou não.
6. Pessoas sem indicação de realizar a prova tuberculínica:
 - a. Contatos sabidamente vivendo com HIV/aids (PVHA)
 - b. Pessoas que já trataram TB ou ILTB no passado
 - c. Pessoas que tiveram uma prova tuberculínica positiva no passado
 - d. Recém-nascidos coabitantes de pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea
7. Ao menos uma prova tuberculínica deve ser aplicada (ou IGRA) a todos os demais contatos. Se o primeiro teste for negativo, um segundo teste pode ser feito em 8 semanas. Registre a data de aplicação da tuberculina ou coleta de sangue para IGRA do 1º teste. Datas em branco serão consideradas como nenhum exame realizado.
8. Indique o resultado da prova tuberculínica em mm. Caso tenha sido feito IGRA, escreva positivo ou negativo. NR= não retornou para leitura.
9. Para os que realizaram 2ª PT (ou IGRA), indique resultado em mm do endurecido (se IGRA positivo/negativo).

Caso não haja indicação de avaliação complementar (vide item 17 abaixo), não é necessário preencher as demais colunas.

10. Resultado da radiografia: (N) para aspecto radiológico normal, (TB) para alteração radiológica sugestiva de TB ativa, (NR) para não realizada, ou outros
11. Registre o tipo e resultado de exame bacteriológico do escarro. Por exemplo, TRM: DNA não detectado ou baciloscopia (BAAR) ++ ou cultura positiva
12. Regime prescrito: 3HP, 3RH, 4R, 6H, 9H.
13. Tratamento completado se:
 - a. 3HP: 10 ou mais doses em até 15 semanas
 - b. 3RH: 72 ou mais doses em até 4 meses
 - c. 4R: 96 ou mais doses em até 6 meses
 - d. 6H: 144 ou mais doses em até 9 meses
 - e. 9H: 216 ou mais doses em até 12 meses
14. Número total de doses tomadas de acordo com informação do contato ou cartelas devolvidas ou informação da farmácia

Instruções de preenchimento para responsáveis (células sombreadas)

15. Registre o número de contatos que de fato foram vistos e que informaram se têm ou não sintomas (não pode ser informado pelo paciente índice)
16. Conversão é definida como um incremento de pelo menos 10 mm em relação ao resultado anterior (ou se IGRA, de negativo para positivo).
17. Avaliação inicial é completa se o contato foi visto por um profissional de saúde (i.e., respondeu se tem sintomas) e ou realizou prova tuberculínica ou tinha alguma não indicação de realizar (vide número 6 acima).
18. Indicação de avaliação complementar:
 - a. presença de sintomas,
 - b. crianças com menos de 10 anos,
 - c. PVHIV,
 - d. prova tuberculínica (ou IGRA) positiva ou conversão da prova tuberculínica (ou IGRA).
19. Completar avaliação complementar: foi examinado e fez radiografia de tórax. Pessoas com tosse produtiva ou com radiografia anormal devem fazer também exame do escarro.
20. Indicação de TPT: (todos os com PT/IGRA+ ou contato vivendo com HIV) e radiografia de tórax normal.

Agradecimentos: Agradecemos a Federica Fregonese, da Universidade McGill, Canadá, que concebeu a ferramenta de análise de registros e fez as adaptações na ferramenta de análise de registros para as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil.

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
²Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³Nome completo do contato	⁴Idade em anos		⁵Sintomas de TB?	⁶Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷Data da 1ª PT/IGRA	⁸Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶Completo avaliação inicial?	¹⁷Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____			PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
								Total PT+ ou conversão: _____				

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: __	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
²Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³Nome completo do contato	⁴Idade em anos		⁵Sintomas de TB?	⁶Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷Data da 1ª PT/IGRA	⁸Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶Completo avaliação inicial?	¹⁷Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ____	>10 anos: ____	Examinados: ____			PT realizada: ____	PT+: _____	¹⁵Conversão sim: ____	SIM: ____	SIM: ____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: __	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
Total de pacientes índice: _____	/	Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ____	>10 anos: ____	Examinados: _____	/	/	PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: ____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	10Radiografia (N, TB, NR, outros)	11Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	18Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	19Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	12Regime	Notificado no IL-TB?	13Tratamento completado?	14Número de doses tomadas	Observações
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: __	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
	___/___/___											
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____			PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
						___/___/___					
			SIM: ___	SIM: ___	SIM: ___	Total prescrito: ___	Total 3HP: __	SIM: ___	TOTAL SIM: ___		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
	__/__/__											
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____			PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: __	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laringea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
	__/__/__							__/__/__				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____			PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: ____	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
Total de pacientes índice: _____	/	Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____	/	/	PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	¹⁰ Radiografia (N, TB, NR, outros)	¹¹ Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	¹⁸ Completo avaliação?	Diagnóstico de TB ativa?	¹⁹ Tem indicação de TPT?	Data da prescrição do TPT	¹² Regime	Notificado no IL-TB?	¹³ Tratamento completado?	¹⁴ Número de doses tomadas	Observações
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
						__/__/__					
			SIM: ____	SIM: ____	SIM: ____	Total prescrito: ____	Total 3HP: __	SIM: ____	TOTAL SIM: ____		

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
²Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³Nome completo do contato	⁴Idade em anos		⁵Sintomas de TB?	⁶Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷Data da 1ª PT/IGRA	⁸Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶Completo avaliação inicial?	¹⁷Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
	____/____/____											
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: _____	>10 anos: _____	Examinados: _____			PT realizada: _____	PT+: _____	¹⁵Conversão sim: _____	SIM: _____	SIM: _____
									Total PT+ ou conversão: _____			

Paciente índice (apenas pessoas com TB pulmonar ou laríngea, confirmada ou não)		Contato: Avaliação inicial										
² Nome completo do paciente índice	Data do diagnóstico	³ Nome completo do contato	⁴ Idade em anos		⁵ Sintomas de TB?	⁶ Sem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHA?	⁷ Data da 1ª PT/IGRA	⁸ Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	⁹ Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	¹⁶ Completo avaliação inicial?	¹⁷ Necessita outros exames?
			<10 anos	>10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ____	>10 anos: ____	Examinados: ____			PT realizada: ____	PT+: _____	¹⁵ Conversão sim: ____	SIM: ____	SIM: ____
									Total PT+ ou conversão: _____			

