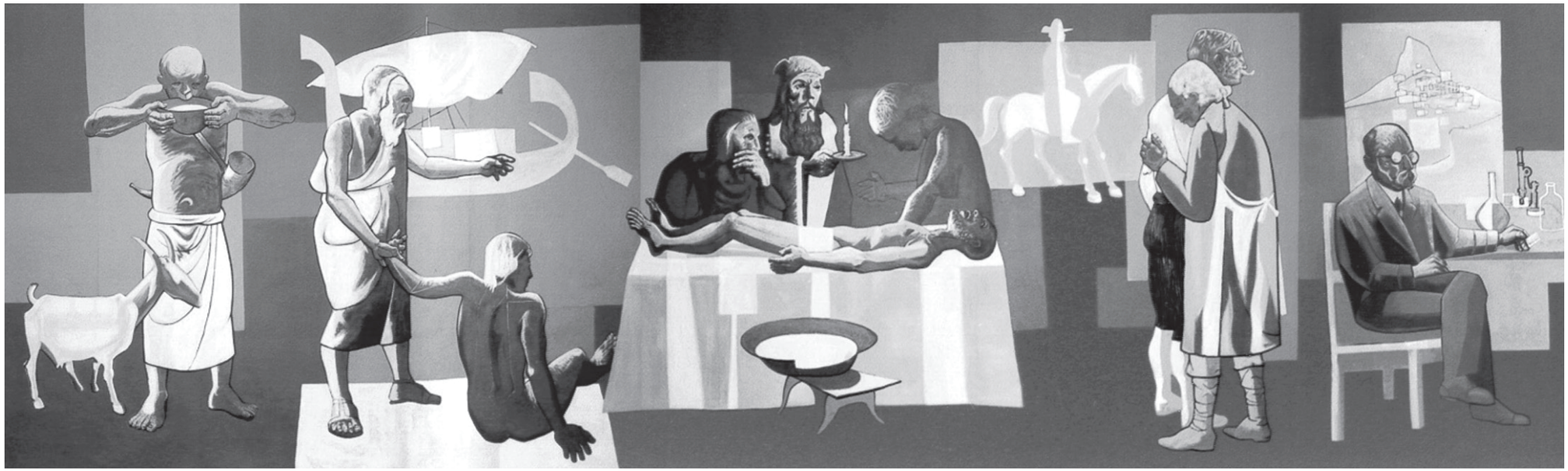
LIVRO DE REGISTRO DE CONTATOS



Parceria Projeto ExpandTPT – 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 (marcar NÃO):
    a. Contatos sabidamente vivendo com HIV/aids (PVHIV)
    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
    Em todos os outros casos, há indicação, marcar SIM.
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. NR= não retornou para leitura. Caso tenha sido feito IGRA, escreva positivo ou negativo.
9. Para os que realizaram 2ª PT (ou IGRA), indique resultado em mm do endurado (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 (preferencial para adultos e crianças que deglutem comprimidos)
    b. 3RH: 72 ou mais doses em até 4 meses (preferencial para crianças que não deglutem comprimidos, há forma dispersível)
    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. Conversão é definida como um incremento de pelo menos 10 mm em relação ao resultado anterior (ou se IGRA, de negativo para positivo).
16. Avaliação inicial é completa se:
    a. o contato foi visto por um profissional de saúde (i.e., respondeu se tem sintomas) e
    b. realizou a 1ª prova tuberculínica/IGRA quando indicado ou não tinha indicação de realizar (vide número 6 acima).
    Não se deve aguardar a 2ª PT/IGRA para considerar que a avaliação inicial foi completada

17. Indicação de avaliação complementar (necessita de outros exames):
    a. presença de sintomas,
    b. crianças com menos de 10 anos,
    c. PVHIV,
    d. 1ª prova tuberculínica (ou IGRA) positiva ou conversão da prova tuberculínica (ou IGRA).

18. Completou avaliação complementar: fez radiografia de tórax. Pessoas com tosse produtiva ou com radiografia anormal devem fazer também exame do escarro.
19. Indicação de TPT: (todos os com PT/IGRA+ ou contato vivendo com HIV) e radiografia de tórax normal. Na indisponibilidade do PPD/IGRA e/ou da radiografia de tórax, e na ausência de sintomas, considerar que há indicação de TPT. Registrar na coluna de observações a indisponibilidade dos exames.

Não esqueça de informar se o tratamento foi completado ou não no IL-TB.

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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA 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]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar												
Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA 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]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar												
Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA 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]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA 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]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar											
Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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]Tem indicação PT/IGRA?	Sabidamente PVHIV?	[7]Data da 1ª PT/IGRA	[8]Resultado (mm) da 1ª PT/IGRA	[9]Resultado (mm) da 2ª PT/IGRA	[16]Completou avaliação inicial?	[17]Necessita outros exames?
			<10 anos	⩾10 anos								
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
	___/___/___							___/___/___				
Total de pacientes índice: _____		Total de contatos identificados: _____	<10 anos: ___	⩾10 anos: ___	Examinados: ____			PT/IGRA Realizada: ____	PT+: _____ Total PT+ ou conversão: _____	[15]Conversão sim: ___	SIM: _____	SIM: _____

Contato: Avaliação complementar

Exame clínico realizado?	[10]Radiografia (N, TB, NR, outros)	[11]Resultado exame escarro (BAAR ou TRM ou cultura)	[18]Completou 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: _____		