

Assunto: **SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE (SVIG-TB)
SUBSTITUIÇÃO DA APLICAÇÃO INFORMÁTICA E SUPORTE
DO REGISTO CLÍNICO DOS CASOS**

Nº 6/DT
Data: 13/03/01

Para: **Administrações Regionais de Saúde, Centros Regionais de Saúde Pública e Centros de Diagnóstico Pneumológico**

Contacto na DGS: **Dr. Fonseca Antunes - Núcleo de Tuberculose**

Introdução

O sistema de informação intrínseco ao Programa Nacional de Tuberculose (PNT) tem uma componente de base clínica para registo e acompanhamento dos casos de Tuberculose (TB) enquadrada na estratégia DOTS (Direct Observed Therapy Short Course Treatment) para monitorização dos índices de frequência e dos resultados do tratamento.

O sistema alimenta uma base de dados nacional desde 1992 com recolha directa dos dados através dos formulários 145.01 e 145.02 da DGS, centrado nas assessorias sub-regionais do PNT onde se gere a informação dos casos de TB notificados nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDPs) ou outras estruturas em articulação com os CDPs, nomeadamente outros Centros de Saúde, Hospitais, Prisões e Centros de Atendimento aos Toxicodependentes (CATs).

A evolução dos critérios de monitorização da TB e dos problemas emergentes associados, e a compatibilização do sistema informático com o ano 2000 motivaram a revisão do sistema de informação. Para substituir a aplicação informática anterior foi criada a aplicação informática SVIG-TB obedecendo aos seguintes princípios fundamentais:

- Recolha directa de dados, pelos serviços clínicos prestadores de cuidados aos doentes com TB.
- Constituição de base de dados capaz de cruzar com a informação do sistema de vigilância de base laboratorial (em desenvolvimento), e com o sistema de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO).
- Possibilidade de exportação dos dados individualizados para o sistema de vigilância da região Europa da OMS (EuroTB).
- Respeito pela legislação relativa à protecção de dados pessoais.

A substituição da aplicação nos CDPs Sub-regionais processou-se de forma gradual prevendo-se que o processo de desenvolvimento se prolongue até Junho de 2001. O fluxo da informação manter-se-á simplificado até à consolidação do sistema, com o primeiro nível de agregação nas coordenacões sub-regionais e a agregação dos dados nacionais na Direcção Geral da Saúde. A inclusão efectiva dos Centros Regionais de Saúde Pública no fluxo de informação será considerada após o período de testes e consolidação do cruzamento das bases clínica e laboratorial.

Novos Formulários

O sistema de informação intrínseco ao PNT revisto passa a ter como suporte de recolha em papel, os formulários 1 (mod.145.10 /DGS 2000) e 2 (mod. 145.11/DGS 2000), que se anexam juntamente com as instruções para o preenchimento.

São objecto de registo os casos de tuberculose-doença, confirmados ou prováveis, e os casos de tuberculose-infecção desde que sujeitos a tratamento quimioprolático.

O Formulário 1 destina-se à recolha da informação existente à data do registo. O formulário 2 destina-se ao seguimento do caso até ao termo do tratamento antituberculoso.

As instruções para o preenchimento devem acompanhar os formulários, impressos no verso, ou nas capas dos blocos, ou em manual disponível nos serviços clínicos.

O processo de validação dos dados implica que haja um conjunto de campos de preenchimento obrigatório. Quanto aos outros, se não contiverem informação, será assumido: "*Não Efectuado ou Desconhecido*" - vide instruções de preenchimento em anexo.

Os impressos usados anteriormente, designados por modelos 145.01 e 145.02 ficam, a partir de agora, sem efeito.

Impressos e Fitolitos

Será fornecido às ARSs, num prazo inferior a 30 dias, os fotolitos e um número de impressos em duplicado, correspondente ao número de casos previstos para os próximos 18 meses.

O Director Geral

Prof. Doutor José Luís Castanheira

Programa Nacional de Tuberculose
PNT
 Direcção-Geral da Saúde
 Ministério da Saúde
REGISTO DE CASO DE TUBERCULOSE

1 Código da Unidade de Saúde _____

 Cole a vinheta da U de Saúde

Processo na U Saúde _____

 Cartão de Utente _____
 Transfido, já registado, de outra U Saúde

Formulário 1 Registo de um caso de Tuberculose, confirmado ou provável, caso novo ou retratamento

2 Identificação Nome _____

 Sexo M F Data Nascimento _____
 País Origin _____ Desc Cidadania _____ Desc Entrada no País _____
 Residência C. P. _____ - _____ Caneção _____ Freguesia _____

3 Profissão Desempregado (nos últimos 12 meses)
 Especifique a Instituição de Saúde (se for profissional no SNS) _____

ÁREA DE ACTIVIDADE Serviço Nac. Saúde (SNS) Residência Comunitária Estabelecimento Prisional
 Outros Cuidados de Saúde Outros Desconhecida
 Profissão / Ocupação (nos últimos 24 meses) _____

4 Detecção MEDO Novo Pseudo-Síntoma Rastros Outros Grupos Diagnóstico Pós-mortem Desconhecido
 DETECÇÃO Rastros de Contatos Rastros Univ. 10-13 anos Outro Meio de Detecção _____

Estado Vital à data do Registo Início dos Sintomas _____ Desc. Rastros dos contactos
 Vivo 1.ª Consulta qualquer serviço _____ Desc. Número de contactos seleccionados para rastreio _____
 Falecido

5 Patologias Associadas Infecção VIH Diabetes Insuf. Renal Crónica - Diálise Outra _____

6 Factores de Risco

	SIM	NÃO	DESCONHECIDO
DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDÊNCIA DE DROGAS IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDÊNCIA DE OUTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECLUSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEM ABRIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA COMUNITÁRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTRO FACTOR DE RISCO ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 BCG 1.ª Inoculação Tem Não Tem Desc.
 Última Inoculação Tem Não Tem Desc.
 Clonatrix vacinal Tem Não Tem Desc.

8 Prova de Mantoux Actual Tem Não tem Desc. Resultado _____ mm

9 Apresentação clínica

TUBERCULOSE NÃO ACTIVA	TB DOENÇA LOCALIZAÇÃO		Radiografia do Tórax
	PRINCIPAL	SECUNDÁRIA	
TB-INFECCÃO <input type="checkbox"/>	PULMONAR/TRAQUEOBronquial	<input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> CAVIDAD <input type="checkbox"/> NÃO CAVIDAD <input type="checkbox"/> DESCONHECIDA <input type="checkbox"/>
	PLURIAL	<input type="checkbox"/>	
	LINFÁTICA INTRATORÁXICA	<input type="checkbox"/>	
	LINFÁTICA EXTRATORÁXICA	<input type="checkbox"/>	
	VERTIBRAL	<input type="checkbox"/>	
	OSTEOARTICULAR/NÃO VERTIBRAL	<input type="checkbox"/>	
		TB DOENÇA LOCALIZAÇÃO PRINCIPAL SECUNDÁRIA MENINGITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TB DO SNC NÃO MENINGITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GÊNITO / URINÁRIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PERITONEAL / DIGESTIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSSERENCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTRA LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

10 Exames

	MICROSCOPIA INICIAL	CULTURA INICIAL	EXAME ANATOMO PATOLÓGICO
Produto Biológico	_____	_____	_____
Data da colheita	_____	_____	_____
Resultado	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>

11 Tratamento

Número de Tratamentos Anteriores _____	TREATAMENTO ANTERIOR	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO OU DO DIAGNÓSTICO ACTUAL	TREATAMENTO ACTUAL
	RESULTADO DO ÚLTIMO TRATAMENTO	ANO DO ÚLTIMO TRATAMENTO	ANTIÓTIPO-REGIME INICIAL
	Completado <input type="checkbox"/>	_____	H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Capr <input type="checkbox"/> Cid <input type="checkbox"/> _____
	Interrompido ou abandonado <input type="checkbox"/>	_____	R <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Edo <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> _____
	Inacezoso Terapêutico <input type="checkbox"/>	_____	Z <input type="checkbox"/> Kasa <input type="checkbox"/> Cpr <input type="checkbox"/> RifB <input type="checkbox"/> _____
	Evolução para Caso Crónico <input type="checkbox"/>	_____	E <input type="checkbox"/> Avo <input type="checkbox"/> Oflo <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> _____
	Resultado Desconhecido <input type="checkbox"/>	Não se sabe prate por o tratamento atual _____	TOMA OBS. DIRECTAMENTE (TOD) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DESC. <input type="checkbox"/>



Programa Nacional de Tuberculose

PNT

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
Ministério da Saúde

REGISTO DE CASO DE TUBERCULOSE



1 Código da Unidade de Saúde

Cole a vinheta da U de Saúde

Processo na U Saúde

Carteão de Utente

Formulário 2 Dados complementares ao registo de caso e declaração de termo de tratamento

Nome _____

10 Exames Referentes apenas aos casos com microscopia ou cultura positivas na expectoração

MICROSCÓPIA

Fase de Microscopia Positiva (M+)

Data da Primeira Positiva

Data da Última Positiva

Fase de Microscopia Negativa (M-)

Data da Primeira Negativa

Não Tem

Data da Negativa no Último Mês

Não Tem

CULTURA

Fase de Cultura Positiva (C+)

Data da Primeira Positiva

Data da Última Positiva

Fase de Cultura Negativa (C-)

Data da Primeira Negativa

Não Tem

Data da Negativa no Último Mês

Não Tem

12 Estirpe e Antibiograma

Antibiograma inicial

Desconhecido

Não Tem

Tem

Data de Cultura Correlativa: _____

Sensibilidade

H

R

Z

E

S

Tac

Kana

Amic

Capr

Eto

Gpr

Oto

Cid

FluS

Nit

Cof

Outra _____

Resistência

Último antibiograma de controlo

Desconhecido

Não Tem

Tem

Data de Cultura Correlativa: _____

Sensibilidade

H

R

Z

E

S

Tac

Kana

Amic

Capr

Eto

Gpr

Oto

Cid

FluS

Nit

Cof

Outra _____

Resistência

Identificação da estirpe

Tem

Não Tem

Desconhecido

Micobactérias:

Mycobacterium Tuberculosis Complex

Epílica: _____

13 Tipagem Molecular

Tem

Não Tem

Desconhecido

Data: _____

Biótipo:

A1

A2

A3

B

C

D

P

Outro: _____

14 Serologia VIH

Positivo

Negativo

Desconhecido

15 Final do Tratamento

Toxicidade Relevante

Sim

Não

Desconhecida

Termo do Tratamento

Data do Termo do Tratamento: _____

Transferência ou Emigração

Motivo do Termo do Tratamento

Tratamento Completado

Interrupção ou Abandono

Insucesso Terapêutico

Crónico

Morte

Diagnóstico não Sustentado

Rastreio de Contactos

Nº de Contactos Rastreados: _____

O Médico _____

Código do Médico

Escreva o Código ou cole a vinheta