

**PROTOCOLO ENTRE A DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
E A DIREÇÃO-GERAL DE REINserÇÃO E SERVIÇOS PRISIONAIS
PARA A DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE
DETEÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS**

Apesar dos progressos que têm sido alcançados no controlo da tuberculose, a doença continua a ser um problema de saúde pública de grande importância à escala mundial. A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a ocorrência de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos antibióticos usados no tratamento da doença têm sido, nas últimas décadas, os principais entraves ao controlo da tuberculose. Em Portugal, a situação epidemiológica da tuberculose tem vindo a melhorar nas últimas décadas, no entanto, os fenómenos da co-infeção tuberculose/VIH, das resistências aos antibióticos estão presentes no nosso país e devem ser encarados com preocupação e determinação.

Em meio prisional, a tuberculose (TB) constitui um problema acrescido de saúde pública, pelo contexto epidemiológico existente e pela dificuldade de implementação das medidas preconizadas para o seu controlo e eliminação, justificando um esforço adicional, por parte da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral de Reinscrição e Serviços Prisionais, na uniformização de procedimentos, de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional para a Tuberculose.

Assim, no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, com vista a implementar as estratégias de controlo e eliminação da tuberculose nos estabelecimentos prisionais, por mútuo acordo entre:

A **Direção-Geral da Saúde**, adiante designada por DGS, serviço central do Ministério da Saúde, pessoa coletiva n.º600 037 100, com sede na Alameda D. Afonso Henriques, n.º45, em Lisboa, e neste ato representada pelo seu Diretor-Geral, Dr. Francisco George,

E

A **Direção-Geral de Reinscrição e Serviços Prisionais**, adiante designada por DGRSP, serviço central do Ministério da Justiça, pessoa coletiva n.º 6000855171, com sede na Travessa do Torel, n.º 1, em Lisboa, e neste ato representada pelo seu Diretor-Geral, Dr. Rui Sá Gomes,

É celebrado o presente:

**PROTOCOLO QUE DEFINE OS PROCEDIMENTOS A ADOTAR NOS ESTABELECIMENTOS
PRISIONAIS PARA A DETEÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE:**

Cláusula 1.^a

Enquadramento

1. O rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos é integrado na prestação de cuidados de saúde, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril, podendo ser considerado obrigatório nos termos previstos na Lei de Execução de Penas (aprovada pela Lei n.º115/2009, de 12 de outubro).
2. O rastreio de tuberculose pulmonar é efetuado no ingresso em Estabelecimento Prisional (EP), com caráter periódico e sempre que haja exposição a caso infeccioso.
3. O rastreio deve ser efetuado de acordo com as especificidades locais, podendo haver necessidade de definir normas de articulação entre os serviços locais intervenientes, e sem prejuízo das competências definidas por lei às entidades e serviços, nomeadamente, às autoridades de saúde.

Cláusula 2.^a

Rastreio no ingresso

1. O rastreio de tuberculose pulmonar no ingresso em estabelecimento prisional (EP), visa identificar casos de doença, e é realizado obrigatoriamente na avaliação clínica inicial feita nas 24 horas após a detenção.
2. O rastreio de tuberculose pulmonar no ingresso em estabelecimento prisional consiste na pesquisa de sinais e sintomas sugestivos de doença, e na realização de uma radiografia pulmonar.
3. O enfermeiro de serviço na consulta de admissão realiza o inquérito de sintomas que consta do Anexo I.
4. Perante a presença de sinais e sintomas sugestivos de doença, o recluso colhe duas amostras de expectoração, com toda a celeridade e no prazo máximo de 72 horas após a realização do inquérito de sintomas.
5. Para além da pesquisa de sinais e sintomas é realizada uma radiografia pulmonar.
6. Sempre que haja sinais ou sintomas sugestivos de doença, a radiografia pulmonar deve ser feita com caráter de urgência.
7. Nas restantes situações, a radiografia deve ser realizada e lida, no prazo máximo de três semanas após a entrada do recluso no EP e pode ser efetuada em Unidade Móvel de Radiologia (UMR).

8. Sempre que não seja possível a realização atempada das radiografias na Unidade Móvel, deve procurar-se encontrar localmente uma solução alternativa, através da articulação entre o Serviço Clínico do EP e os serviços de saúde locais.
9. O seguimento das situações respeita o fluxograma que consta do Anexo 2.

Cláusula 3.^a

Rastreios periódicos

1. O rastreio periódico de tuberculose pulmonar consta obrigatoriamente da pesquisa de sinais e sintomas e da realização de uma radiografia pulmonar, feitos com periodicidade diferente.
2. O inquérito de sintomas é aplicado a todos os reclusos com a periodicidade, pelo menos, semestral.
3. Perante a presença de sinais ou sintomas, o recluso colhe duas amostras de expetoração no mesmo dia, e é orientado para uma consulta médica para observação clínica e prosseguimento do estudo.
4. As radiografias pulmonares são realizadas com periodicidade anual, preferencialmente na UMR, e deve abranger os reclusos com detenção superior a um ano e os funcionários do EP, de acordo com a legislação em vigor e com as orientações do serviço de saúde ocupacional.
5. O seguimento das situações respeita o fluxograma que consta do Anexo 2.
6. A calendarização das deslocações da UMR deve ser programada anualmente, e é da competência do responsável da UMR em estreita articulação com os EP.
7. A UMR depois de elaborar o calendário das deslocações aos EP, remete o mesmo aos EP, ao Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde (CCPCS) e à Coordenação Regional do PNT.

Cláusula 4.^a

Rastreio de contactos

1. Sempre que seja diagnosticado um caso de tuberculose do aparelho respiratório (laríngea, pleural ou pulmonar) num recluso ou num funcionário de um EP são desencadeadas as atividades necessárias ao rastreio de contactos.
2. A decisão sobre os contactos a rastrear tem em consideração a avaliação do risco, nomeadamente as características do caso índice, o local, o tempo de exposição e as características do contacto a rastrear (imunodepressão).
3. O rastreio de contactos visa o diagnóstico de casos adicionais de doença e o diagnóstico de situações de infeção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e implica a realização dos seguintes exames:
 - a) Avaliação clínica com inquérito de sintomas,

- b) Radiografia pulmonar,
 - c) Depois de excluída doença activa, é realizado o teste tuberculínico, cuja interpretação é diferente consoante se trata de contactos imunocompetentes (Anexo 3) ou imunocomprometidos (Anexo 4).
 - d) Para a realização do rastreio de contactos deve ser pedida a colaboração do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) ou consulta de tuberculose da área do EP.
4. Perante suspeita de doença, detetada através do inquérito de sintomas ou de alterações na radiografia pulmonar, procede-se ao estudo diagnóstico de tuberculose que inclui colheita de produto biológico para micobacteriologia (exame direto e cultural), teste molecular de resistências e teste de suscetibilidade aos antibacilares, em conformidade com as normas da Direção-Geral da Saúde.
 5. Os testes a que se reporta o número anterior são executados, de acordo com os meios disponíveis, nos laboratórios que prestam apoio ao CDP da área ou laboratório de referência nacional, permanecendo o recluso, preferencialmente, em isolamento, até conhecimento do resultado do exame direto.
 6. Mediante um resultado positivo, os serviços clínicos procedem ao encaminhamento do doente para um serviço ou setor com isolamento respiratório, devendo apenas ter alta quando tiver duas baciloscopias negativas em amostras colhidas em momentos diferentes.
 7. Enquanto o doente estiver em regime de internamento hospitalar o tratamento é orientado pelo hospital.
 8. Quando o doente tiver alta hospitalar e regressar ao EP de origem o tratamento é disponibilizado pelo CDP ou consulta de tuberculose da área, exceto se os serviços clínicos do EP dispuserem de medicação.
 9. A responsabilidade pelo acompanhamento do doente é do CDP respetivo. A toma da medicação é feita sob observação direta (TOD), preferencialmente, de um profissional de saúde, de acordo com as orientações nacionais. Se o resultado do antibiograma ou da deteção molecular de resistências indicar tratar-se de um caso de tuberculose multirresistente o doente é encaminhado para o Centro de Referência Regional para a Tuberculose Multirresistente, conforme as normas regionais, sem prejuízo do acompanhamento que é efetuado localmente, com conhecimento ao Centro de Referência Nacional.
 10. Tendo em vista a redução do risco de transmissão da tuberculose, é garantido, em meio prisional, o cumprimento das medidas de controlo da infeção, nomeadamente o isolamento e tratamento imediato dos casos contagiosos, a garantia das boas condições de ventilação em todos os espaços e a disponibilização de meios de proteção individual (máscaras cirúrgicas para os doentes e respiradores para os profissionais de saúde, sempre que tal medida se justifique).
 11. Independentemente dos procedimentos acordados entre a DGS e o DGRSP em relação à notificação da doença, deve o clínico do EP de origem proceder à notificação do caso, se

aplicável, de acordo com a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e a Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto.

12. O inquérito epidemiológico é efetuado pelo Delegado de Saúde da área, em colaboração com o clínico e com a direção do EP.
13. Se o local de residência do recluso for fora da área de influência da autoridade de saúde que recebe a notificação e que faz o inquérito, deve ser enviada cópia dos referidos documentos, para conhecimento e eventuais medidas de controlo, ao Delegado de Saúde da área de residência do recluso, sem prejuízo dos procedimentos normalizados a nível regional e nacional. O envio dos documentos é efetuado pelo Delegado de Saúde da área do EP.
14. Após a alta e respetiva transferência do doente para o EP de origem, são preenchidos os formulários 1 e 2 do SVIG-TB (que constam dos Anexos 5 e 6) pelo clínico responsável pelo tratamento do doente. Se o doente estiver a ser acompanhado no CDP da área do EP, os formulários 1 e 2 do SVIG-TB são preenchidos com o código do CDP e devem seguir os restantes procedimentos normalizados, nomeadamente em termos de informatização.
15. Nos casos em que os doentes sejam integralmente tratados no EP, os serviços clínicos do estabelecimento preenchem integralmente os formulários 1 e 2, sem atribuição de código de unidade, enviando-os à Coordenação Regional do PNT. A Coordenação Regional do PNT procede à informatização dos formulários e envia cópia dos mesmos ao responsável local do PNT, para conhecimento.

Cláusula 5.ª

Transferência ou saída do Estabelecimento Prisional

1. Sempre que um recluso seja transferido de um EP para outro ou seja libertado durante o tratamento da doença, de forma a garantir a continuação do tratamento, o clínico responsável pelo tratamento do doente contacta com o serviço clínico do EP de destino e com o CDP da área de residência do doente, nas situações em que seja aplicável.
2. O clínico responsável pelo tratamento do doente informa a data de diagnóstico, a manifestação clínica, como foi realizado o diagnóstico, a evolução clínica, bacteriológica e radiológica, a data da última amostra colhida e o resultado obtido, a data da primeira amostra negativa em exame direto e em exame cultural, a medicação em curso (antibacilar e outra) com a especificação da dosagem utilizada, a ocorrência de efeitos adversos e a adesão ao tratamento, e outra informação clínica relevante.
3. O clínico responsável pelo tratamento do doente também procede ao preenchimento do formulário 2 do SVIG-TB e envia cópia ao EP de destino e ao CDP da área do EP de destino.

Cláusula 6.ª

Ocorrência de surto

1. Em situação de surto de tuberculose ou suspeita do mesmo (ocorrência de dois ou mais casos de tuberculose num estabelecimento prisional com um intervalo inferior ou igual a um ano), para além do cumprimento da legislação em vigor, o serviço clínico do EP comunica a ocorrência de surto à Comissão Técnica Conjunta.
2. A Comissão Técnica Conjunta comunica a ocorrência de surto ao Delegado de Saúde Regional e ao Delegado de Saúde da área do EP.
3. Sempre que seja diagnosticado um caso de tuberculose ativa num funcionário de um EP, o acompanhamento da situação e o tratamento do doente é realizado de acordo com as normas em vigor.

Cláusula 7.ª

Relatório Trimestral

1. Para fins estatísticos, os serviços clínicos dos EP enviam trimestralmente, até ao dia 15 dos meses de janeiro/abril/julho/outubro, por correio eletrónico ao CCPCS, o formulário que consta do Anexo 7.
2. O CCPCS envia o formulário que consta do Anexo 7 à Coordenação Regional do PNT, devidamente preenchido.
3. A Coordenação Regional do PNT envia cópia do formulário que consta do Anexo 7 ao Delegado de Saúde e ao interlocutor do PNT da área do EP.

Cláusula 8.ª

Comissão Técnica Conjunta (CTC)

1. Para o acompanhamento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo, é criada uma Comissão Técnica Conjunta (CTC), nomeada pela DGS e pela DGRSP, constituída por representantes de ambas as Direções-Gerais.
2. A Comissão Técnica Conjunta (CTC), é constituída:
 - a) Pelo Diretor do Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida e Tuberculose ou por representante, por ele indicado,
 - b) Pelos Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT),
 - c) Pelos Coordenadores Médicos Regionais dos serviços prisionais.
3. A CTC desempenha as seguintes funções:
 - a) Monitoriza o cumprimento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo,



- b) Define os constrangimentos resultantes da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo,
 - c) Intervém em situações de surto de tuberculose ocorridas em EP,
 - d) Elabora propostas para a gestão das situações de surto de tuberculose ocorridas em EP,
 - e) Resolve as situações de conflito resultantes da aplicação do presente Protocolo,
 - f) Elabora propostas de melhoria ou alteração dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo, após a avaliação, durante o período de um ano, da aplicação dos procedimentos definidos neste Protocolo.
4. A CTC reúne, pelo menos, duas vezes por ano, e apresenta superiormente relatórios semestrais com a avaliação da aplicação procedimentos definidos neste Protocolo.
5. A CTC é secretariada, alternadamente por um elemento do setor da saúde e por um elemento do setor dos serviços prisionais.

Cláusula 9.^a

Vigência e produção de efeitos

1. O presente protocolo produz efeitos a partir da data da sua assinatura e é válido pelo período de um ano, sendo automaticamente renovado por iguais e sucessivos períodos, caso não seja denunciado por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 dias.

Cláusula 10.^a

Revisão

2. O presente protocolo é revisto a todo o tempo, por vontade das partes ou por imposição decorrente de alterações legislativas.

Lisboa,2014



Dr. Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



**PROGRAMA NACIONAL
PARA A TUBERCULOSE**



Dr. Rui Sá Gomes
Diretor-Geral de Reinscrição e Serviços Prisionais

Anexo 1

Inquérito de sintomas a ser aplicado à entrada no estabelecimento prisional e no rastreio periódico de sintomas.

Programa Nacional para a Tuberculose

RASTREIO DE TUBERCULOSE NOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS

INQUÉRITO DE SINTOMAS

1. Identificação			
Nome:			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data nascimento: ____/____/____	N.º Mecanográfico _____	N.º Processo clínico _____
2. Antecedentes			
Tuberculose no passado: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Ano _____ ; Local de tratamento _____ ; Medicação _____ ; Duração do tratamento (meses) _____			
Tuberculose atualmente: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Data do diagnóstico ____/____/____ ; Local de tratamento _____ ; Data de início do tratamento ____/____/____ ; Medicação _____			
Outros antecedentes pessoais relevantes:			
Teve contacto com caso de tuberculose infecciosa nos dois últimos anos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
VIH: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite B: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite C: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Outros: _____			
Hábitos:			
Drogas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Injetadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tabaco:			



Sim Não

Observações:

3. Sintomas

Tosse há mais de 3 semanas ou tosse crónica com alterações recentes Sim Não

Febre ou febrícula de predomínio nocturno Sim Não

Emagrecimento Sim Não

Sudorese noturna intensa Sim Não

Expectoração hemoptóica/hemoptises Sim Não

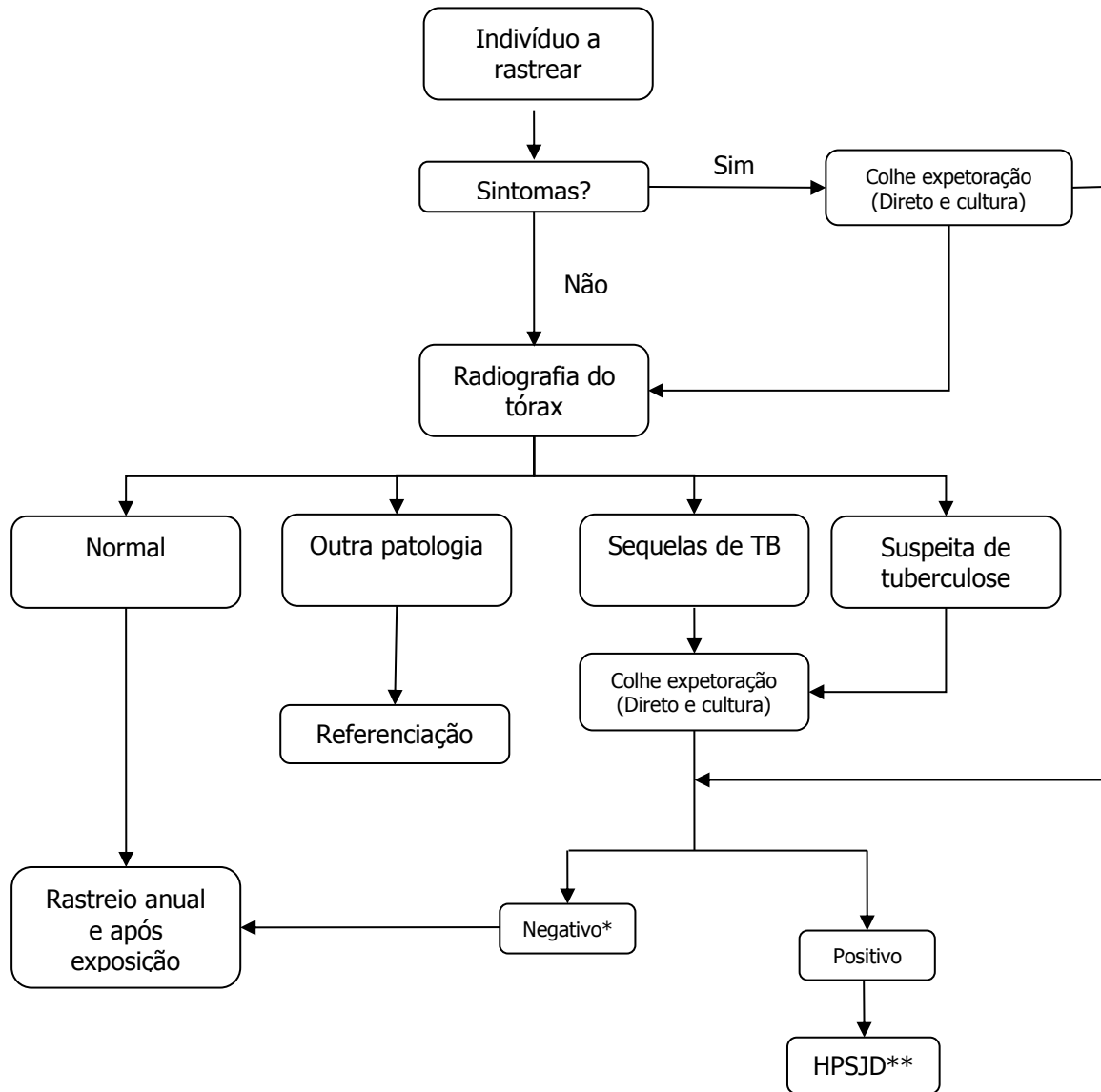
Se presença de dois ou mais sintomas deve ser pedida radiografia do tórax e colhidas 2 amostras de expectoração para estudo micobacteriológico, com caráter de urgência

EP: _____ ; Data de preenchimento: ____/____/____

Preenchido por (nome e função):

Anexo 2

Rastreo de tuberculose pulmonar nos estabelecimentos prisionais – Fluxograma de procedimentos

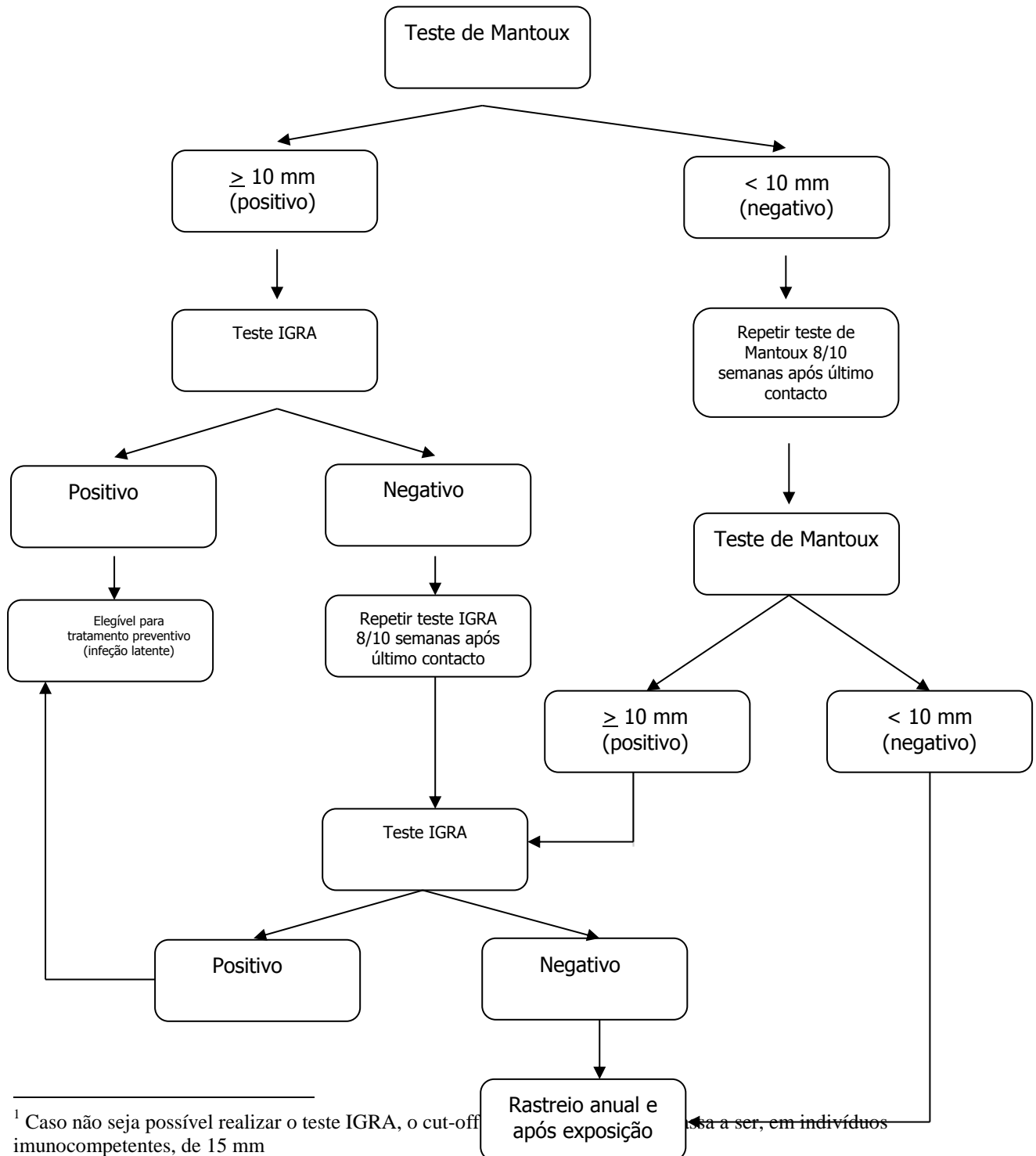


* Face ao grau de suspeita, ponderar a continuação do estudo.

** Hospital Prisional São João de Deus

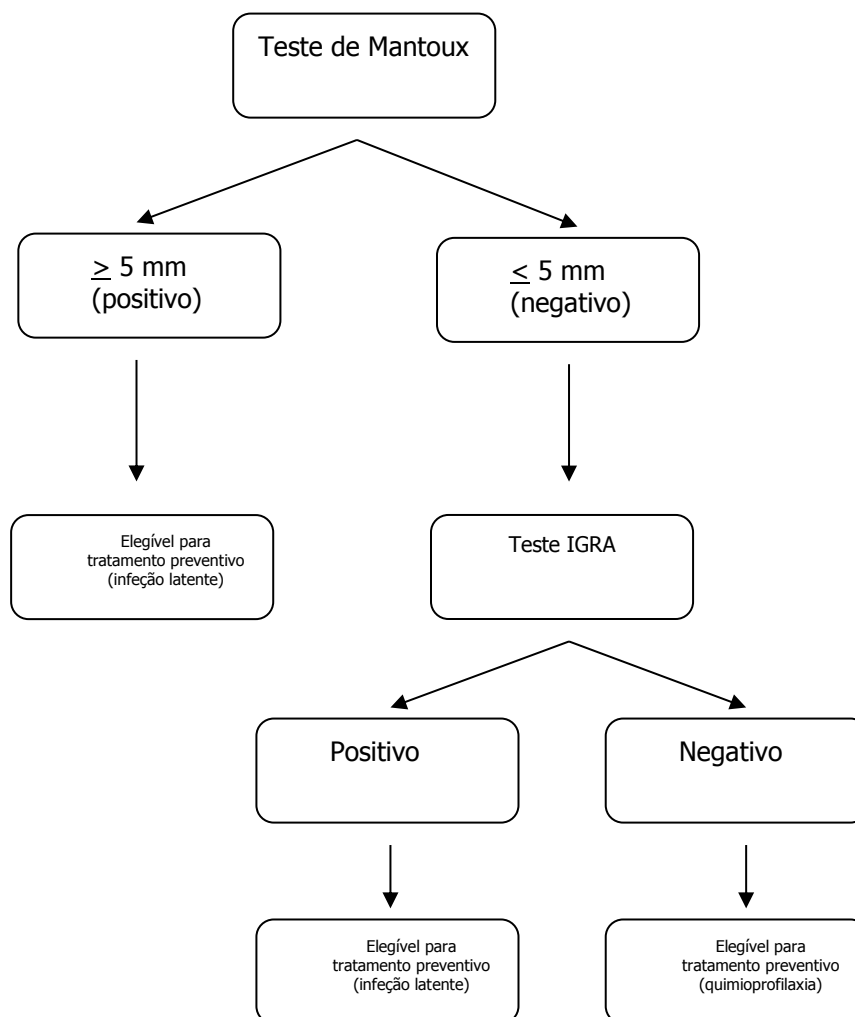
Anexo 3

Rastreio de infeção latente por MT em contactos imunocompetentes após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva¹




Anexo 4

Rastreio de infeção latente por MT em contactos imunocomprometidos após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva



O início de tratamento preventivo deve ser antecedido de avaliação de risco de toxicidade medicamentosa: patologia hepática (hábitos etílicos e hepatites virais B e/ou C) e doseamento das enzimas hepáticas (TGP e TGO)

Anexo 5

 **Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose**
Direção Geral da Saúde
Ministério da Saúde
SVIG-TB
Sistema de Vigilância da Tuberculose



O Médico _____
Data _____

1 U. de Saúde _____
Nº de Processo _____
Nº Cartão Utente _____
Transferido, já registado, de outra U. Saúde

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

2 Identificação Nome _____
Sexo M F Data Nasc. _____
País Origem _____ Desc Cidadania _____ Desc Data Entrada em Portugal _____
Cod Postal _____ Concelho _____ Freguesia _____

3 Profissão Profissão/Ocupação _____ Desc Desempregado há mais de 24 meses
Área de Actividade Instituição de Saúde (SNS) Estabelecimento Prisional Outros Prestadores de Cuidados de saúde
Residência Comunitária Outros
Especifique a instituição de Saúde em que o doente trabalha (se for profissional do SNS) _____

4 Detecção Meio de Detecção Rastreio Passivo (Sintomas) Diagnóstico Pós-Mortem
Rastreio de Contactos Outra
Rastreio de Outros Grupos Desconhecido
Estado Vital à data do Registo Vivo Falecido
Critérios Clínico-Imagiológicos Tem Não Tem Desconhecido
Início dos Sintomas _____ Desconhecido
1ª Consulta - qualquer serviço _____ Desconhecido
Rastreio dos Contactos - Número de cohabitantes seleccionados _____ Desconhecido

5 Patologias Antes da TB Infecção por VIH Diabetes Neoplasia do Pulmão Neoplasia de Outros Orgãos
Insuficiência Renal em Diálise Doença Inflamatória Articular Silicose Sarcoidose DPOC
Linfomas ou D. Mieloproliferativas Outra Doença do Interstício Doença Hepática Desconhecida Outra

6 Grupos de Risco

	Sim	Não	Desc
Dependência Alcoólica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependência de Drogas IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependência de outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reclusão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem Abrigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Residência Comunitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro Factor de Risco Actual	_____		

7 BCG 1ª Inoculação Tem Não Tem Desc
Última Revacinação Tem Não Tem Desc
Cicatriz Vacinal Tem Não Tem Desc

8 Mantoux e IGRA Actuais
Mantoux Tem Não Tem Desconhecido Resultado _____ mm
Teste IGRA Positivo Negativo Indeterminado Não Tem

9 Apresentação Clínica


TB Doença - Localização	Principal		Secundária		Radiografia do Tórax
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/> Cavitada <input type="radio"/> Não Cavitada <input type="radio"/> Desconhecida <input type="radio"/>
Pleural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberculose não Activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Linfática Intratorácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Linfática Extratorácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vertebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoarticular não Vertebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meningite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TB Doença - Localização	Principal		Secundária		
SNC (não Meningite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Génito / Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Peritoneal / Digestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Disseminada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desconhecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

10 Exames

	Data Exame	Produto Biológico	Resultado
Microscopia Inicial	_____	_____	+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Aguarda <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/>
Cultura Inicial	_____	_____	+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Aguarda <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/>
Exame Anátomo Patológico	_____	_____	+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Aguarda <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/>
Teste de Amplificação DNA	_____	_____	+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Aguarda <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/>

11 Tratamento Nº de Tratamentos Anteriores _____
Tratamento Anterior Ano _____ Completado Interrompido ou Abandonado Insucesso Crónico Desconhecido
Tratamento Inicial Data de Início ou Diagnóstico _____ Toma Observada Directamente (TOD) Sim Não Desconhecido
H R Z E S Tiac Km Am Cm Et Cx O Cs PAS Rfb Clo Pt Levo Mox Gati Clar ACLav Lnz Outra

Anexo 6

 **Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose**
Direção Geral da Saúde
Ministério da Saúde
SVIG-TB
Sistema de Vigilância da Tuberculose



O Médico _____
Data _____

1 U. de Saúde _____
Nº de Processo _____
Nº Cartão Utente _____
Transferido, já registado, de outra U. Saúde

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

Nome _____

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

Microscopia - Fase da Microscopia Positiva (M+)		Microscopia - Fase da Microscopia Negativa (M-)	
Data da Primeira Positiva _____		Data da Primeira Negativa _____	Não Tem <input type="checkbox"/>
Data da Última Positiva _____		Data da Negativa no Último Mês _____	Não Tem <input type="checkbox"/>
Cultura - Fase de Cultura Positiva (C+)		Cultura - Fase de Cultura Negativa (C-)	
Data da Primeira Positiva _____		Data da Primeira Negativa _____	Não Tem <input type="checkbox"/>
Data da Última Positiva _____		Data da Negativa no Último Mês _____	Não Tem <input type="checkbox"/>

11A Tratamento Alteração do Tratamento

Fase	Manutenção <input type="radio"/>	Pós TSA <input type="radio"/>	Pós Toxicidade <input type="radio"/>	Desconhecido <input type="radio"/>	Data _____																			
H	R	Z	E	S	Tiac	Km	Am	Cm	Et	Cx	O	Cs	PAS	Rfb	Clo	Pt	Levo	Mox	Gati	Clar	AClav	Lnz	Outra	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Espécie e Antibiograma

Teste Rápido TB-MR Tem Não Tem Desconhecido

Isoniazida: Resistente Sensível Indeterminado Rifampicina: Resistente Sensível Indeterminado

Antibiograma Convencional Inicial Tem Não Tem Desconhecido Data _____

H	R	Z	E	S	Tiac	Km	Am	Cm	Et	Cx	O	Cs	PAS	Rfb	Clo	Pt	Levo	Mox	Gati	Clar	AClav	Lnz	Outra	
Sensibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resistência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Último Antibiograma Convencional de Controlo Tem Não Tem Desconhecido Data _____

H	R	Z	E	S	Tiac	Km	Am	Cm	Et	Cx	O	Cs	PAS	Rfb	Clo	Pt	Levo	Mox	Gati	Clar	AClav	Lnz	Outra	
Sensibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resistência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identificação da Espécie Tem Não Tem Desconhecido

tuberculosis complex *bovis* não BCG *avium intracellulare* *xenopi* *chelonae* cultura contaminada outras

tuberculosis *africanum* *gordoniae* *kansasii* *fortuitum* cultura mista indissociável

13 Genotipagem Data _____ Nº da Estirpe _____

ETR A	_____	MIRU 04 (ETR D)	_____	MIRU 23	_____	MIRU 31	_____	Mtub 21	_____	Mtub 39	_____
ETR B	_____	MIRU 10	_____	MIRU 24	_____	MIRU 39	_____	Mtub 29	_____	QUB 11	_____
ETR C	_____	MIRU 16	_____	MIRU 26	_____	MIRU 40	_____	Mtub 30	_____	QUB 26	_____
MIRU 02	_____	MIRU 20	_____	MIRU 27	_____	Mtub 04	_____	Mtub 34	_____	QUB 4156	_____

14 Serologia VIH

Positivo

Negativo

Desconhecido

15 Final do Tratamento Toxicidade Fatal (Morte por Toxicidade dos Antituberculosos) Sim Não Desconhecida

Termo do Tratamento Data _____ Transferência ou Emigração

Motivo do Termo do Tratamento Tratamento Completado Insucesso Terapêutico Crónico

Interrupção ou Abandono Diagnóstico não sustentado Morte

Rastreio de Contactos Nº de Cohabitantes Rastreados _____ Desconhecido

307/04

Anexo 7

AValiação TRIMESTRAL DO RASTREIO DE TUBERCULOSE EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS ²

Estabelecimento Prisional _____

Trimestre _____ Ano _____

Número de radiografias realizadas no trimestre	Número de situações suspeitas de tuberculose sinalizadas	Número de casos de tuberculose diagnosticados no trimestre	Local de tratamento dos casos de tuberculose diagnosticados no trimestre
			HPSJD <input type="checkbox"/> CDP <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/>
Número de casos de tuberculose que iniciaram tratamento durante o trimestre:		Número de casos de tuberculose que terminaram o tratamento durante o trimestre:	

Observações

Data de preenchimento ____ / ____ / _____

Responsável pelo preenchimento (nome e função):

² Enviar este modelo por correio eletrónico para o Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde até ao dia 15 dos meses de janeiro, abril, julho e outubro de cada ano (ccgcs@dgrsp.mj.pt)