



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 Critérios Clínico-Imagiológicos Tem Não Tem Desconhecido

Rastreio Passivo (Sintomas) Diagnóstico Pós-Mortem Início dos Sintomas _____ Desconhecido

Rastreio de Contactos Outra

Rastreio de Outros Grupos Desconhecido 1ª Consulta - qualquer serviço _____ Desconhecido

Estado Vital à data do Registo Vivo Falecido Rastreio dos Contactos - Número de cohabitantes seleccionados _____ Desconhecido

5 Patologias Antes da TB Infecção por VIH Diabetes Neoplasia do Pulmão Neoplasia de Outros Órgãos

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

Dependência de Drogas IV

Dependência de outras drogas

Reclusão

Sem Abrigo

Residência Comunitária

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
	Principal	Secundária	Principal	Secundária	
Pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SNC (não Meningite)	<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"/>	Génito / Urinária	<input type="radio"/>	
Tuberculose não Activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Peritoneal / Digestiva	<input type="radio"/>	
Linfática Intratorácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disseminada	<input type="radio"/>	
Linfática Extratorácica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra	<input type="radio"/>	
Vertebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desconhecida	<input type="radio"/>	
Osteoarticular não Vertebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Meningite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

TB - Infecção

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

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

Definição de Caso de Tuberculose (TB) – para efeitos de notificação no Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) a definição e classificação de caso de TB rege-se pela *Decisão da Comissão Europeia de 28/04/2008 (2008/426/CE)*. A notificação de um caso não exige o conhecimento exaustivo da definição, uma vez que, introduzidos os dados disponíveis o SVIG-TB classificará o caso como: **possível, provável ou confirmado**.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – A numeração das caixas está de acordo com a aplicação informática SVIG-TB 3.0

1. Unidade de Saúde – O código é de preenchimento obrigatório e refere-se à entidade que regista o caso. Corresponde ao serviço que assume o tratamento e/ou a produção de informação relativa ao caso. Preferencialmente deve ser usada a respectiva vinheta. O **processo** tem um número próprio para cada registo de TB em cada Unidade de Saúde. O mesmo indivíduo, se tiver registos sucessivos no mesmo serviço, terá um número de processo diferente em cada registo. O **Número do Cartão de Utente do SNS** é um código nacional imprescindível ao cruzamento deste com outros sistemas de vigilância. Assinale-se **já registado, transferido de outra U. de Saúde** sempre que o doente tenha transitado de outro serviço (CDP ou extensão) da mesma ou outra região de saúde, desde que tenha sido registado no sistema antes da transferência. Para o efeito deste registo não são considerados “transferidos de outra U. de Saúde” os doentes que iniciam o tratamento no hospital e passam a ser seguidos no CDP sem registo prévio.

2. Identificação – Os dados de identificação são de preenchimento obrigatório, assinalando-se “**desconhecido**” quando não houver informação fiável. No espaço: **País de origem**, pretende-se que se indique o país de nascimento, se o país de origem é diferente de Portugal, é mandatório o registo da **data de entrada em Portugal**. Se o país de origem ou a cidadania forem desconhecidos, assinale “Desc.”. O **código postal** da residência deverá ser preenchido, completo se possível, condição necessária para referência geográfica. O **Concelho** e a **Freguesia** de residência são de registo obrigatório. Os dados de residência devem referir-se ao local de permanência com maior significado epidemiológico.

3. Profissão – Se o doente estiver **desempregado há mais de 24 meses**, a informação resume-se a assinalar “**Desempregado**”. Caso contrário, é necessário optar por uma das **5 áreas de actividade**. Se a área de actividade for o **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, especifique qual a instituição de saúde em que o doente exerce. Qualquer que seja a área de actividade, especifique concretamente a profissão/ocupação, incluindo reformado, estudante ou sem profissão.

4. Detecção – O **meio de detecção** do caso terá sempre que ser referido entre as hipóteses apresentadas. O **estado vital**, à data do registo, é vivo se tiver iniciado tratamento com dois ou mais antibióticos. A existência de **critérios clínico-imagiológicos** serve para a definição de caso de TB; interessa apenas referir se a decisão de tratamento anti-TB se fundamenta em dados clínicos para além dos laboratoriais. A data da **1ª consulta** refere-se ao atendimento em qualquer serviço de saúde, público ou privado. O **rastreio** deve ser exaustivo nos contactos próximos (convívio acumulado, em espaço confinado por mais de 8 horas), mas, para efeitos de registo, consideram-se os **coabitantes**, i.e., os contactos próximos residentes na mesma habitação (familiar ou outra). Se houver informação fiável, assinale o número de pessoas coabitantes que foram seleccionadas para rastreio (não havendo informação, deduz-se que não houve inventário organizado, e portanto considera-se zero).

5. Patologias Antes da TB – A selecção das **Patologias anteriores à TB** pode ser por escolha múltipla e/ou especificada no espaço disponível. Refere-se apenas a doenças já existentes à data do diagnóstico, mesmo que diagnosticadas posteriormente.

6. Factores de risco – Todas das hipóteses de risco acrescido contempladas carecem de resposta: sim, não ou desconhecido. Outra situação de risco não prevista, deve ser discriminada. A **dependência alcoólica**, é uma informação subjectiva, baseada no score de CAGE. Positivo se o doente tem necessidade de ingerir álcool logo pela manhã (“eye opener”), ou se preencher pelo menos 2 critérios entre 3 seguintes: sentir a necessidade de deixar o consumo de álcool; sentir-se irritado por receber críticas relativas ao álcool; sentir sentimento de culpa por beber. A **dependência de drogas**, endovenosas ou outras, exclui o consumo ocasional, subentendendo-se que haja fenómenos de tolerância e ou sintomas de privação.

7. BCG – A **1ª inoculação pelo BCG** só deve ser considerada como “tem” se estiver documentada. Nesse caso é obrigatório registar a data da vacinação. Caso contrário assinala-se “Desc”. Se a resposta for “não” ou “Desc”, torna-se desnecessária referência à **última revacinação**.

8. Prova de Mantoux Actual – O resultado da prova de **Mantoux** a registar se for assinalado “tem”, refere-se ao teste actual. O **Teste IGRA**, se for actual, deve ser assinalada numa das três opções: positivo, negativo ou indeterminado.

9. Apresentação clínica – A apresentação clínica contempla as situações de **tuberculose-infecção**, as situações de **tuberculose activa** (assinale a localização das lesões principais e secundárias) e aspectos da **radiografia do tórax**. A **localização pulmonar**, se existir, será sempre a **principal**. Se houver mais do que duas localizações, sem lesões pulmonares, assinale **Disseminada** na localização principal. Se houver mais do que duas localizações, com lesões pulmonares, assinale **Pulmonar** na localização principal e **Disseminada** na **secundária**. A TB Disseminada inclui ainda a polisserosite e a TB miliar aguda e os casos com isolamentos do *Mt* no sangue (CID 10: A19). Nos casos de TB nas crianças com envolvimento do parênquima pulmonar e linfático locorregional (Complexo Primário), deve assinalar-se **pulmonar** na localização principal e **Linfática intratorácica** na secundária (CID 10: A15.4; A16.3; A16.7). A **classificação radiológica** só é exigida quando a localização for pulmonar (ATS 1980): **Normal**; **Cavitada** – Se houver evidência de cavitação no seio das lesões pulmonares; **Não cavitada** – lesões em qualquer segmento, infiltrados nodulares, densas homogéneas e ou com evidência de atelectasia sem cavitação.

10. Exames - Se tiverem sido efectuados, os resultados dos **exames microscópicos** (directos), **cultural**, **anatomo-patológico** ou do **Teste de Amplificação do DNA** são assinalados obrigatoriamente com o produto biológico e data de colheita. Se não houver registo de exame e respectiva data, considera-se que não foi efectuado ou é desconhecido. Se houver registo da data do exame mas não houver resultado, assume-se “Aguarda”.

11. Tratamento – Considera-se **tratamento anterior**, a toma de 2 ou mais antibióticos antituberculosos por um período superior a 1 mês. Nos casos em que o estado vital é falecido, à data do registo, sem ter iniciado tratamento, deve registar-se a data do diagnóstico ou do óbito. Nos casos com tratamento/s anterior/es, o **último tratamento** será obrigatoriamente classificado conforme o resultado: **Completado** – doente tratado anteriormente e declarado curado; **Interrompido ou abandono** – doente que, em qualquer altura depois de registado, interrompeu o tratamento por 2 meses ou mais e regressa com critérios de doença; **Insucesso Terapêutico** – doente que anteriormente tinha microscopia ou cultura positiva e que permanece, ou se toma positivo, 5 meses ou mais após o começo do tratamento; **Crónico** – doente que, após um retratamento completo, permanece com exames bacteriológicos positivos; **Desconhecido** – doente com tratamento anterior, cujo resultado é desconhecido. **Episódio de quimioprofilaxia não é considerado tratamento anterior**. A **data do início do tratamento** refere-se ao tratamento do episódio actual. Não sendo possível especificar precisamente o início do tratamento pode registar-se, como alternativa, a data do diagnóstico. O ano do **último tratamento** deverá ser assinalado se houver tratamentos anteriores. O **regime inicial** de tratamento é o esquema preconizado para o doente, não incluindo as alterações que eventualmente ocorram. (estas registam-se no Formulário 2 Caixa 11A).

A **toma observada directamente (TOD)** é assinalada conforme foi programada na fase inicial do tratamento, independentemente do período por que se vier a prolongar.