

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

Qualquer registo conforme o formulário 1 carece de informação de seguimento, sendo indispensável a relativa ao final de tratamento (caixa 15), única forma de poder integrar coortes para análise do resultado do tratamento.

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

1. Unidade de Saúde – O código da Unidade de Saúde e o número do **Processo** referem-se ao serviço que trata presentemente o doente. Se tiver havido transferência de outra Unidade de Saúde, assinala “transferido de outra Unidade de Saúde”. Na Unidade de Saúde de origem, ao ser transferido, foi declarado o termo do tratamento por motivo do “transferência ou emigração”. Para efeito de cálculo de incidência, um doente transferido, se se observarem as indicações anteriores, conta apenas para a Unidade de Saúde de origem; para efeitos de avaliação dos recursos envolvidos e do resultado do tratamento, conta para a Unidade de Saúde de origem e para a Unidade de Saúde receptora.

10A. Exames – Este quadro destina-se apenas aos casos com exames bacteriológicos positivos na expectoração. Neste quadro resume-se a evolução dos resultados desde a 1ª amostra positiva até à 1ª negativa, referência para o sucesso terapêutico, e à do controlo no último mês, referência para a cura. A referência à primeira amostra com exame directo ou cultural positivo, deve ser feita com base na informação actualizada, não tendo que coincidir com a data da amostra assinalada na ficha de registo de caso. A determinação da negatificação comprovada, quer em microscopia, quer em cultura, pode estar dificultada por ausência de produto biológico viável – neste caso assinala “não tem” e, obviamente, omite-se a data.

11A. A alteração do tratamento que se pretende assinalar é qualquer modificação significativa do regime inicial assinado na caixa 11 do Formulário 1, qualquer que seja o motivo a discriminar: 1. Passagem à fase de manutenção; 2. Ajuste em função do TSA; 3. ajuste por toxicidade, ou 4. desconhecido. Deve registar-se a data da alteração e, em cada formulário, podem assinalar-se duas alterações (para mais alterações, em número ilimitado, usar cópia do formulário).

12. Espécie e Antibiograma – Os resultados dos **Antibiogramas (TSA)** incluem o espectro de resistência e de sensibilidade. Se foi efectuado mas ainda não há acesso ao resultado, assinala “Desc”. O primeiro TSA registado é o **Teste Rápido TB-MR**. É um teste molecular, geralmente feito no início do tratamento. Se tiver sido feito, analisar o resultado para Isoniazida e para Rifampicina. O **Antibiograma Convencional Inicial** diz respeito ao isolado antes do início do tratamento actual e deve ser efectuado em todos os casos com isolamento do *Mt*. O **Último Antibiograma de controlo** pressupõe algum tempo de tratamento actual, a avaliar pela data do isolado correspondente. A aplicação SVIG-TB 3.0 permite inserir e guardar o histórico dos TSA que se pretendam registar, em número ilimitado. **Atenção: as datas dos antibiogramas são as datas das culturas correspondentes, e a data da cultura que deu origem ao Antibiograma Inicial tem de ser inferior a 30 dias depois do início do tratamento.** Quanto à **Identificação da espécie**, a base de dados apresenta o grupo *Mycobacterium tuberculosis Complex* por defeito. Se houver informação sobre a espécie, deste ou outro grupo, especifique. Consideram-se também válidas as informações “Cultura contaminada” e “Cultura com micobactérias não dissociáveis”, devendo-se registar esta informação, se for o caso.

13. Genotipagem – Preencher com a **data** da respectiva cultura, com o **número da estirpe** dado pelo laboratório e com os valores de cada um dos loci do conjunto de MIRU-VNTR analisado (conjunto de 12, 15 ou 24).

14. Serologia VIH – A informação ao estado serológico para o VIH pode ser diferente da referida na ficha de registo do caso (Formulário 1, caixa 5 – Patologias antes da TB). Pode tratar-se de um dado conhecido no decurso do tratamento.

15. Final do tratamento – A **Toxicidade** aos fármacos é considerada relevante se implicar alteração do esquema terapêutico. O **Rastreo de Contactos** refere-se aqui ao nº de coabitantes que foram de facto rastreados. Não pode ser maior do que o número de seleccionados registados na caixa 4 do Formulário 1. Caso venha a ser maior, o número de seleccionados da caixa 4 deverá ser rectificado. A **data do termo do tratamento** marca o momento em que o doente pára o tratamento no serviço responsável pela informação. O termo do tratamento pode ser definitivo (ex. Trat. Completado) ou corresponder a um procedimento de alteração de definição de caso com consequente abertura de novo registo (vide Circular Normativa 8 DT – 21/05/00 DGS). Os motivos da paragem do tratamento podem ser: Transferência ou emigração; tratamento completado; interrupção ou abandono; insucesso terapêutico; caso crónico; morte ou diagnóstico não sustentado. Se tiver sido **transferido ou emigrado**, além de assinalar “transferido ou emigrado”, deverá ser assinalado também, se for conhecido, o resultado final, ou seja, uma das hipóteses do **motivo do termo do tratamento**. O motivo do termo do tratamento irá definir o caso quanto aos resultados do tratamento: **Completado** – doente tratado anteriormente e declarado curado. **Insucesso Terapêutico** – doente que anteriormente tinha microscopia ou cultura positiva que permanece ou se torna positivo, 5 meses ou mais, após o começo do tratamento. **Interrompido ou abandonado** – doente que em qualquer altura depois de registado, interrompeu o tratamento por 2 meses ou mais, e regressa com critérios de doença. **Morte** – doente com tuberculose que faleceu antes ou depois do início do tratamento independentemente da causa da morte. No caso de a morte ser atribuída a toxicidade do tratamento, assinala-se **Sim** no campo **Morte por Toxicidade dos AT** (antituberculosos). Caso contrário, assinala **Não**; **Diagnóstico não sustentado** – doente já registado como tuberculoso e que teve evolução que levou à decisão médica de suspensão do tratamento por discordância com o diagnóstico inicial. Só é possível em casos com cultura negativa, desconhecida ou não efectuada.

Nota: Este formulário serve de suporte para a actualização da informação no decurso da evolução do caso, com periodicidade indeterminada. É obrigatório a comunicação ao fim de cada 3 meses de tratamento e no termo do tratamento, por transferência, cura ou outro motivo. Enquanto ficha de actualização periódica carece apenas da informação nova, mas aquando o termo do tratamento, os dados deverão ser totalmente revistos.

A **assinatura do médico responsável** pela informação, no topo da página, deve ser acompanhada do número da ordem do médico ou, de preferência, da vinheta com o código de barras.