

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
NÚCLEO DE TUBERCULOSE E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
A. F. C. T.

BOLETIM { INSPECÇÃO
REINSPECÇÃO
REVISÃO
JUNTA MÉDICA

Processo N.º _____

Nome _____

Categoria _____ Serviço _____

Data de nascimento _____ Conselho _____

Residência _____

Funcionário Data em que atinge o limite da A. F. C. T. ____/____/____

Familiar

APRESENTA DOENÇA DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

Confirmada Provável

<p style="text-align: center;">TUBERCULOSE</p> <p>Pulmonar <input type="checkbox"/> { mínima mod. ext. muito ext.</p> <p>Primária <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/></p> <p>Pleural <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">PESQUISA DE BK</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Produto</td> <td style="width: 33%;">Método</td> <td style="width: 33%;">Resultado</td> </tr> <tr> <td>Expectoração <input type="checkbox"/></td> <td>Ex. dir. <input type="checkbox"/></td> <td>Positiva <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ <input type="checkbox"/></td> <td>Cult. <input type="checkbox"/></td> <td>Negativa <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Produto	Método	Resultado	Expectoração <input type="checkbox"/>	Ex. dir. <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	Cult. <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>
Produto	Método	Resultado								
Expectoração <input type="checkbox"/>	Ex. dir. <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>								
_____ <input type="checkbox"/>	Cult. <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>								

SENSIBILIDADE À TUBERCULINA

Positiva Viragem recente

Negativa Reacção forte

Data da última análise positiva ____/____/____

Biópsia _____

Notificado em ____/____/____

DEVE FICAR ASSISTIDO

SIM { Para estudo em Dispensário NÃO

Para tratamento em Internamento

PODE TER ALTA

SIM { Serviços normais NÃO

Serviços moderados

OBSERVAÇÕES: _____

<p>Anexo { Processo clínico <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Processo radiológico <input type="checkbox"/></p>	<p>_____, em ____/____/____</p> <p>O DIRECTOR DO _____</p> <p>_____</p>
--	---