

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE - TB

Nome do Agente / Cadastrador	Nº do CNS	Equipe	MicroÁrea	Ano
------------------------------	-----------	--------	-----------	-----

Nome		MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OUTRAS INFORMAÇÕES
CPF */ DNV **	Família	Dia da visita													Nº de contatos
Endereço		Dia da última consulta													Contatos < 5 anos
Data Início Tratamento	Data do Encerramento	Motivo	Dia da próxima consulta												História anterior de TB no Cidadão
Observações		Toma medicação													História anterior de TB nos contatos
		Trat. supervisionado DOTS													
		Reações indesejáveis													
		Exame de escarro													
		Contatos examinados													
		< 5 anos com BCG													

Nome		MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OUTRAS INFORMAÇÕES
CPF */ DNV **	Família	Dia da visita													Nº de contatos
Endereço		Dia da última consulta													Contatos < 5 anos
Data Início Tratamento	Data do Encerramento	Motivo	Dia da próxima consulta												História anterior de TB no Cidadão
Observações		Toma medicação													História anterior de TB nos contatos
		Trat. supervisionado DOTS													
		Reações indesejáveis													
		Exame de escarro													
		Contatos examinados													
		< 5 anos com BCG													

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

LEGENDA	Registro do Cidadão	Trat. Supervisionado	História Anterior de TB	Exame de Escarro	Reações Indesejáveis	Toma Medicação	Motivo		
	Informar o código que consta na Ficha de Cadastramento e Acompanhamento das famílias (Ficha A).	S - Sim N - Não	S - Sim N - Não	S - Sim N - Não	P - Positivo N - Negativo I - Inexistente	S - Sim N - Não	D - Diária I - Intermitente	T - Transferência M - Mudança de diagnóstico	R - Recusa do Tratamento C - Cura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE - TB

Nome			MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OUTRAS INFORMAÇÕES	
CPF */ DNV **	Família		Dia da visita													Nº de contatos	
Endereço			Dia da última consulta													Contatos < 5 anos	
			Dia da próxima consulta														História anterior de TB no Cidadão
Data Início Tratamento	Data do Encerramento	Motivo	Toma medicação													História anterior de TB nos contatos	
Observações			Trat. supervisionado DOTS														
			Reações indesejáveis														
			Exame de escarro														
			Contatos examinados														
			< 5 anos com BCG														

Nome			MESES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	OUTRAS INFORMAÇÕES	
CPF */ DNV **	Família		Dia da visita													Nº de contatos	
Endereço			Dia da última consulta													Contatos < 5 anos	
			Dia da próxima consulta														História anterior de TB no Cidadão
Data Início Tratamento	Data do Encerramento	Motivo	Toma medicação													História anterior de TB nos contatos	
Observações			Trat. supervisionado DOTS														
			Reações indesejáveis														
			Exame de escarro														
			Contatos examinados														
			< 5 anos com BCG														

Outras Observações

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos
 ** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido