



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE NORMALIZAÇÃO
COORDENADORIA ESTADUAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA.

ACOMPANHAMENTO MENSAL DE TUBERCULOSE

01-MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO ATUAL:		CÓDIGO (IBGE)	02-Nº DE NOTIFICAÇÃO:			
03-UNIDADE DE SAÚDE ATUAL:		CÓDIGO	MICROÁREA	04-OCORREU HOSPITALIZAÇÃO: 1- SIM 2-NÃO 09-IGNORADO <input type="checkbox"/>		
NOME:						
PRONTUÁRIO:	Nº CARTÃO SUS:					
ENDEREÇO-LOGRADOURO:			NÚMERO:	COMPLEMENTO:		
BAIRRO:		DISTRITO:	MUNICÍPIO:			
05-BACILOSCOPIA 2º MÊS: 1- POSITIVA: <input type="checkbox"/> 2-NEGATIVA: 3-NÃO REALIZADA:		06: BACILOSCOPIA 4ºMÊS 1- POSITIVA: <input type="checkbox"/> 2-NEGATIVA: 3-NÃO REALIZADA:		07-BACILOSCOPIA 6ºMÊS OU ENCERRAMENTO: 1- POSITIVA: <input type="checkbox"/> 2-NEGATIVA: 3-NÃO REALIZADA:		
08-DATA DE MUDANÇA DE TRATAMENTO:		09--Nº DE CONTAMINANTES EXAMINADOS:		10-DATA DE ATENDIMENTO:		
11- SITUAÇÃO ATUAL: 1-CURA 3-ÓBITO 5-MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO 7-CONTINUA TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 2-ABANDONO 4-TRANSFERÊNCIA: 6-MUDANÇA DE ESQUEMA TERAPÊUTICO POR INTOLERÂNCIA 8-FALÊNCIA:						
EM CASO DE TRANSFERÊNCIA-UNIDADE:			CÓDIGO:			
12.DATA ENCERRAMENTO:		13-SITUAÇÃO NO ENCERRAMENTO: 1-CURA: 3-ÓBITO 5-MUDANÇA DIAGNÓSTICO 8- FALÊNCIA <input type="checkbox"/> 2-ABANDONO 4-TRANSFERÊNCIA 6-MUDANÇA DE ESQUEMA TERAPÊUTICO POR INTOLERÂNCIA			MÊS ENCERRAMENTO:	
14- MEDICAMENTOS: INDICAR A QUANTIDADE MENSAL DA MEDICAÇÃO PRESCRITA:						
S	ET	RH	Z	Ri ^{susp}	OUTROS	QTDADE
E	H	RH _{1/2 dose}	Z _{XPE}			
OBSERVAÇÕES (ANOTAR RESULTADOS DE EXAMES DURANTE O TRATAMENTO):					Assinatura e carimbo do responsável	