



Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação de Análise da Situação de Saúde

FICHA DE INVESTIGAÇÃO AMBULATORIAL DE ÓBITOS POR TUBERCULOSE

Unidade Responsável pela Investigação: _____ CNES: _____

I - Identificação

Nome do falecido: _____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nº DO: _____

Endereço de residência: _____ AP: _____

Bairro: _____ Município: _____ Tel.: _____

Cobertura por Estratégia de Saúde da Família? Sim (); Não (); Ign ()

Unidade de Ocorrência do óbito _____ CNES _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela ()

Escolaridade (anos de estudos concluídos): () Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11 () 12 ou mais () Ign

Situação Conjugal: () Solteiro () Casado/união estável () Divorciado/separado () Viúvo () Ignorado

Ocupação: _____ () Desempregado

Renda familiar () menos de 1 salário mínimo; () entre 1 e 3 salários mínimos; () mais de 3 salários-mínimos

() Imigrante. País: _____ () Ign. Há quanto tempo? _____ () Ign

II – Populações especiais

() Vivendo em situação de rua

() Privado(a) de liberdade no momento

() Privado(a) de liberdade (passado) () há menos de 1 ano; () Entre 1 e 3 anos; () há mais de 3 anos

() Profissional de saúde

() Gestante () 1º trimestre; () 2º trimestre; () 3º trimestre; () Idade gestacional ignorada;

() Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____



Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação de Análise da Situação de Saúde

III- Condições Socioeconômicas

Beneficiário de programa de transferência de renda? () Sim () Não

() Programa Bolsa Família; () Outros: _____

() Cartão Família Carioca;

Tipo de moradia: () Alvenaria; () Madeira; () Taipa; () outros. Especifique: _____

Água encanada () Sim () Não; Rede de esgoto () Sim () Não;

Número de cômodos: _____ Número de habitantes Intradomiciliar: _____

O falecido deixa dependentes? () Sim; () Não Número de dependentes: _____

Número de dependentes menores de idade: _____

IV – Dados Clínico-epidemiológicos

Fazia Acompanhamento para tuberculose? () Sim () Não

Forma clínica: () pulmonar; () extrapulmonar; () Pulmonar + extrapulmonar

Se extrapulmonar, especificar: _____

Data do diagnóstico de tuberculose: ____/____/____

Nome do último serviço de saúde que acompanhava o paciente:

CNES _____ Nome: _____

Município do serviço: _____ UF: _____

Tipo de estabelecimento de saúde que acompanhava o paciente antes do óbito:

() Clínica da Família;

() Policlínica e/ou CMS, com especialista;

() Referência Terciária para tuberculose;

() Hospital universitário;

() Hospital Federal;

() Hospital Municipal

() Serviço Privado

() Ignorado

Data da última consulta: ____/____/____; () ign

Outras instituições foram acionadas e/ou envolvidas para a construção de um cuidado integral?

() sim Quais? _____ () não;

Foi encaminhado para avaliação por outros profissionais? () sim () não

Categoria Profissional: _____ Nome da Unidade: _____

Encaminhado a outro serviço de saúde para avaliação especializada, mas não compareceu por:

() Faleceu antes.

() Outros. Descreva: _____

Número do registro no SITETB: _____ () Não possui registro no SITETB; () ignorado



V - Comorbidades

- ☐ HIV/AIDS;
- ☐ Tabagismo;
- ☐ Diabetes;
- ☐ Transtorno mental;
- ☐ Uso de álcool
- ☐ Uso de "crack"
- ☐ Uso de outras drogas ilícitas Quais? _____
- ☐ Outras Comorbidades . Especifique: _____
- ☐ Ignorado

VI-Resultado de Exames

Teste Rápido molecular - Data da realização ____/____/____

- Resultado: ☐ Detectável, sensível à Rifampicina
☐ Detectável, Resistente à Rifampicina
☐ Não Detectável
☐ Inconclusivo
☐ Não realizado
☐ Ignorado

BAAR - Data da realização: ____/____/____

- Resultado: ☐ Positivo
☐ Negativo
☐ Não realizado
☐ Ignorado

Radiografia de tórax: Data da realização : ____/____/____

- Resultado: _____ ☐ Suspeito
☐ Normal
☐ Não realizado
☐ Ignorado

TC de tórax Data da realização: ____/____/____ Resultado: _____

- ☐ Suspeito ☐ Normal ☐ Outra doença ☐ Não realizado ☐ Ignorado

Testagem para HIV Data da realização: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

- ☐ Não realizado ☐ Ignorado

Cultura de escarro Data da realização da cultura: ____/____/____ Resultado: ☐ Positiva ☐ Negativa

- ☐ Em andamento ☐ Não realizado ☐ Ignorado



VI-Resultado de Exames(cont.)

Teste de sensibilidade aos antimicrobianos: Data da realização: ____/____/____

Resultado: () Resistente somente à Isoniazida; () Resistente somente à Rifampicina;
() Resistente à Isoniazida e à Rifampicina; () Resistente a outras drogas de 1ª linha; () Sensível
() Em andamento () Não realizado () Ignorado

Histopatológico Data da realização: ____/____/____ Resultado: () Baar positivo () Sugestivo de TB () Não sugestivo de TB () Em andamento () Não realizado () Ignorado

Outros Exames: _____ Resultado _____
_____ Resultado _____

VII - Uso de medicamentos

Esquema de tratamento no momento do óbito

() Nenhum
() Esquema básico (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol);
() Esquemas especiais. Especifique: _____

Realização de tratamento diretamente observado (TDO)?

() Sim, na clínica; () Sim, na casa do paciente; () não era realizado

Outros medicamentos: _____

VIII - Acompanhamento

O caso foi discutido em reunião de equipe anteriormente ao óbito? () Sim () Não

Foi instituído projeto terapêutico singular? () Sim () Não

Houve abandono do tratamento? () Sim () Não; Descreva as razões apontadas: _____

Foi feita busca ativa?

() Sim. Datas: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____

() Não. Por quê? _____

Profissional que realizou a busca ativa: _____

O caso foi discutido em reunião de equipe após o óbito? () Sim () Não

IX – Outras Informações Relevantes

Data da Conclusão da Investigação: ____/____/____



Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação de Análise da Situação de Saúde

Responsável: _____