



## SOLICITAÇÃO DE CULTURA MICOBACTÉRIAS - TB

DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO: \_\_\_\_\_ Nº GERAL: \_\_\_\_\_

### CAMPO I - DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE:		GVE:
DIST. ADM.:	CIDADE:	CEP:

### CAMPO II - DADOS DO PACIENTE

NOME:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
ENDEREÇO:		NÚMERO:	
BAIRRO:		CEP:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	SINAN:
		MASCULINO	FEMININO

### CAMPO III - EXAME SOLICITADO, INDICAÇÃO E MATERIAL

PREZADAS VIGILANTES,

PARA A AVALIAÇÃO DE TODOS ESTE IMPRESSO ESTARÁ DISPONÍVEL NO PORTAL DA PREFEITURA, NA OPÇÃO IMPRESSOS, NO ACESSO RÁPIDO, E SERÁ POSSÍVEL PREENCHE-LO DIGITALMENTE. ESPERAMOS QUE DESTA FORMA FACILITE PARA OS PROFISSIONAIS ENCAMINHAREM COM AS JUSTIFICATIVAS E AS AMOSTRAS NÃO SEREM DEVOLVIDAS.

EXAME SOLICITADO:	INDICAÇÃO:	MATERIAL ENVIADO:
<input type="checkbox"/> CULTURA	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> ESCARRO
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTRO. QUAL?
<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE		

#### JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE: (ASSINALAR UMA OU MAIS JUSTIFICATIVAS)

<b>JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DA CULTURA</b>	<b>JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DA CULTURA COM IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE</b>
<input type="checkbox"/> SUSPEITA CLÍNICA E/OU RADIOLÓGICA DE TB COM BACILOSCOPIA REPETIDAMENTE NEGATIVA	<input type="checkbox"/> PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS, PRINCIPALMENTE PORTADORES DE HIV
<input type="checkbox"/> SUSPEITOS DE TB COM AMOSTRAS PAUCIBACILARES (POUCOS BACIOS), LÍQUOR, LÍQUIDOS, ETC.	<input type="checkbox"/> CONTATOS DE CASOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO PRÉVIO, INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DECORRIDO
<input type="checkbox"/> SUSPEITOS DE TB COM DIFICULDADES DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA (POR EXEMPLO: CRIANÇAS)	<input type="checkbox"/> PACIENTE COM BACILOSCOPIA POSITIVA NO FINAL DO 2º MÊS DE TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> SUSPEITOS DE TB EXTRAPULMONAR; E CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÕES CAUSADAS POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS - MNT	<input type="checkbox"/> FALÊNCIA AO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE
	<input type="checkbox"/> EM INVESTIGAÇÃO DE POPULAÇÕES COM MAIOR RISCO DE ALBERGAREM CEPA DE <i>M. TUBERCULOSIS</i> RESISTENTE (PROFISSIONAIS DE SAÚDE, POPULAÇÃO DE RUA, PRIVADOS DE LIBERDADE, PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS QUE NÃO ADOTAM MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA) OU COM DIFÍCIL ABORDAGEM SUBSEQUENTE (INDÍGENAS)

### CAMPO IV - RESULTADO DA CULTURA

<input type="checkbox"/> NEGATIVA	Nº DA CULTURA:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CONTAMINADA		
<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA		
<input type="checkbox"/> POSITIVA		
<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DO COMPLEXO <i>M. TUBERCULOSIS</i>		
<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS		
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO	<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO	

RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: *MYCOBACTERIUM*

TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS: (R = RESISTENTE S = SENSÍVEL)

<input type="checkbox"/> INSONIAZIDA	<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA
<input type="checkbox"/> ETAMBUTOL	<input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA	

TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO REALIZADO:

<input type="checkbox"/> MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVÍVEL	<input type="checkbox"/> CULTURA CONTAMINADA
<input type="checkbox"/> EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA	<input type="checkbox"/> TESTE REALIZADO COM OUTRA CEPA NUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES

OBSERVAÇÕES:

DATA DE SAÍDA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME
---------------	--------------------------------------