

TUBERCULOSE

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

ANO DE NOTIFICAÇÃO

Nº DE ORDEM

Nº DE CASO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO [M: MASCULINO; F: FEMININO; N: Não; S: Sim]

Nome: _____ Data de nascimento
ano mês dia

Sexo M F Morada: _____
especificar nome da rua/lugar, nº de policia, andar e nome da freguesia

Código postal - Telefone

Imigrante N S → País de origem: _____; ano de entrada em Portugal

Profissão/ocupação: _____ Local de trabalho e endereço: _____
últimos 24 meses local e endereço detalhados

Telefone

2. CLASSIFICAÇÃO DO CASO [Circular Normativa da DGS nº 8/DT, de 29/5/2000 – Quadro I]

Caso novo Retratamento ▶ devido a: ▶ recidiva ou ▶ insucesso terapêutico ou ▶ interrupção do tratamento

Outro qual? _____

3. INFORMAÇÃO CLÍNICA [N: NÃO; S: SIM; ?: DESCONHECIDO; +: POSITIVO; -: NEGATIVO]

LOCALIZAÇÃO: Laringe Pleura Pulmão Meninges/SNC Disseminada Outra qual? _____
(localização principal)

Data de início dos sinais/sintomas
ano mês dia Tosse N S Expectoração N S Outros sinais/sintomas: _____

Internamento N S Data
ano mês dia Hospital e serviço: _____

BCG N S → nº de inoculações Data da última inoculação
ano mês dia

Teste de Mantoux actual ? N S → Resultado Data
(milímetros) ano mês dia Obs: _____

Rx. de tórax ? N S → Cavitado N S Data
ano mês dia Obs: _____

Baciloscopia ? N S → - + Data
ano mês dia Obs: _____

Cultura ? N S → Amostra 1 ▶ Produto: _____ Resultado: _____ Data
ano mês dia

Amostra 2 ▶ Produto: _____ Resultado: _____ Data
ano mês dia

Outros exames laboratoriais: _____
Especificar quais, datas de realização e resultados

4. FACTORES DE RISCO [N: NÃO; S: SIM; ?: DESCONHECIDO]

Dependência alcoólica ? N S Dependência drogas IV ? N S Outras dependências: _____

VIH/SIDA ? N S Recluso N S Sem abrigo N S Residência comunitária N S Criança ≤ 5 anos N S

Doença pulmonar crónica ? N S qual? _____

Outras doenças crónicas e/ou factores de risco actuais: _____

5. RISCO DE TRANSMISSÃO

● **INFECCIOSIDADE DO CASO:** [Assinalar com "X" todos os itens que se aplicam]

TB laríngea Baciloscopia positiva Rx com cavitação Tosse produtiva Terapêutica recente ou inexistente

● **ESTIMAÇÃO DO PERÍODO DE INFECCIOSIDADE:**

Desde ▶ Considerar a data de 3 meses antes de (o que ocorrer primeiro): início dos sintomas, ou 1º Rx pulmonar suspeito, ou data da colheita do produto biológico em que foi identificado o agente da tuberculose (expectoração, aspirado brônquico, etc.).

● **AVALIAÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO/CONTÁGIO:** [Assinalar só uma quadrícula]

Risco não aparente Risco possível (Rx cavitado, cultura positiva, tosse produtiva, TB respiratória) Risco confirmado (caso bacilífero)

6. CONTACTOS [N: NÃO ; S: SIM ; ?: DESCONHECIDO]

Familiares, amigos e colegas com a mesma doença → quantos → quem: _____

Familiares com análises/exames positivos para a mesma doença → quantos → quem: _____

Teve contacto com outro(s) doente(s) nos 2 anos anteriores → Especificar o nome, morada, telefone, etc. (quadro seguinte):

1	
2	
3	

● **CO-HABITANTES** (cela prisional, domicílio, lar de 3ª idade, residência comunitária, etc.):

Nome	Idade	Sexo	Tipo de contacto	Análises (tipo, data e resultado)	Observações
			ex.: colega de quarto, mãe, marido, etc.		

7. INFORMAÇÃO ADICIONAL

(Neste espaço pode referir-se qualquer informação complementar relevante: tratamento instituído, condições sanitárias da habitação, aspectos sociais e familiares, etc.)

Inquérito efectuado por (nome legível): _____

Categoria profissional: _____ Local de trabalho: _____

Telefone Fax E-mail: _____

Data de realização do inquérito Assinatura: _____

Este IE tem 1 folha (2 páginas)