

+ FONTES DE INFORMAÇÃO

SIM, Sinan, SITETB, prontuários, registros em laboratórios, Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), Instituto Médico Legal, Serviço de Verificação de Óbito, entrevista com familiares, entre outros.

+ INVESTIGAR

- **A15** ao **A19** (tuberculose);
- **J65** (pneumoconiose associada com tuberculose);
- **O98.0** (tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério);
- **P37.0** (tuberculose congênita).

+ NÃO INVESTIGAR

- Código **B90**

O óbito por sequelas da tuberculose pulmonar (não deve ser notificado no Sinan e nem investigado. No entanto, **deve ser informado** no atestado de óbito e registrado no SIM.

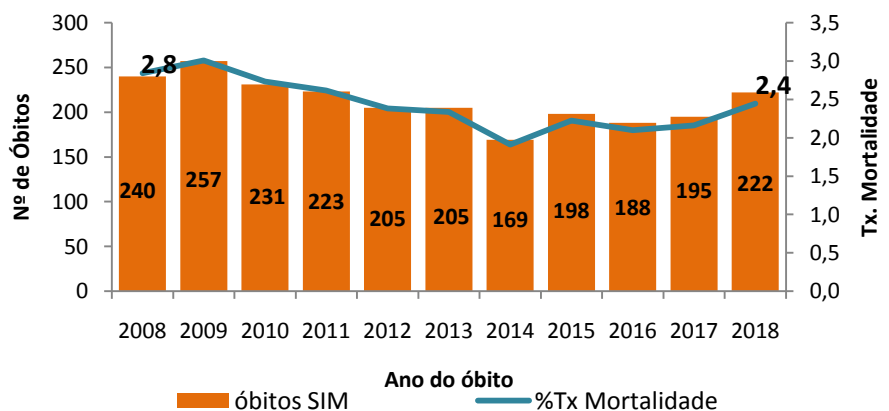
1. Investigação de Óbito por Tuberculose

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Vigilância em Saúde (NUVEP/COVIG), em consonância com as recomendações da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS), vem orientar todas as Coordenadorias Regionais de Saúde, Municípios, Hospitais, Policlínicas, UPAS e Unidades Básicas de Saúde para **REALIZAR A INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE TODOS OS ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA OU ASSOCIADA À TUBERCULOSE** no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

2. Introdução

Em uma série histórica de 10 anos, o Estado do Ceará apresenta um elevado número de óbitos por tuberculose. Com base nesses dados, essa Nota Técnica deve ser amplamente divulgada para todos os profissionais de saúde. No ano de 2018 foram registrados 222 óbitos por tuberculose, com taxa de mortalidade de 2,4% por 100 mil habitantes.

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade de tuberculose, Ceará 2008 a 2018*



Fonte: SESA/COVIG/NUVEP – SIM * Dados parciais sujeitos à revisão

+ FICHA HOSPITALAR

Utilizada para mortes ocorridas em **ambiente hospitalar** ou em **serviços de urgência e emergência**. As informações devem ser registradas a partir da busca em prontuário, resultados de exames, discussão com os profissionais de saúde, entre outros. (ANEXO 1)

+ FICHA UNIDADE BÁSICA

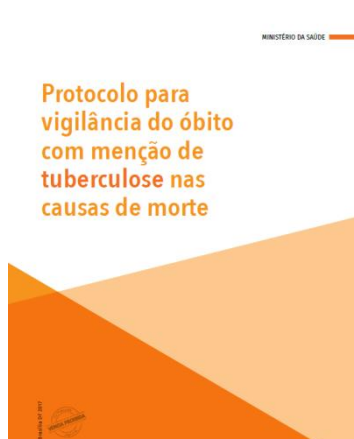
Utilizada para óbitos que acontecerem no **domicílio** e estimula-se o trabalho em parceria com a **equipe de atenção básica pela qual o paciente era atendido** ou da **área de abrangência** do caso. Devem ser registradas a partir da busca em prontuário, resultados de exames, discussão com profissionais de saúde, entre outros. (ANEXO 2)

+ FICHA SÍNTESE

O preenchimento desta ficha, dar-se ao fato de **reunir as informações anteriores, destacando episódios** que aconteceram dentro e fora das unidades de saúde, se frequentou outra unidade ou não e permite fazer **uma avaliação final do serviço** de vigilância do óbito do seu município (ANEXO 3).

3. Protocolo de Investigação de Óbito por Tuberculose

Em 2017 o Ministério da Saúde lançou, o “Protocolo da Vigilância do Óbito com menção de **tuberculose** nas causas de morte” com o objetivo de identificar os pontos críticos dos programas de controle de tuberculose no País, por meio do conhecimento das circunstâncias determinantes do evento do óbito. Há **três fichas de investigação de óbito** por tuberculose, cada uma com seus objetivos particulares e as mesmas estão disponíveis dentro do Protocolo do Ministério da Saúde (ANEXOS).

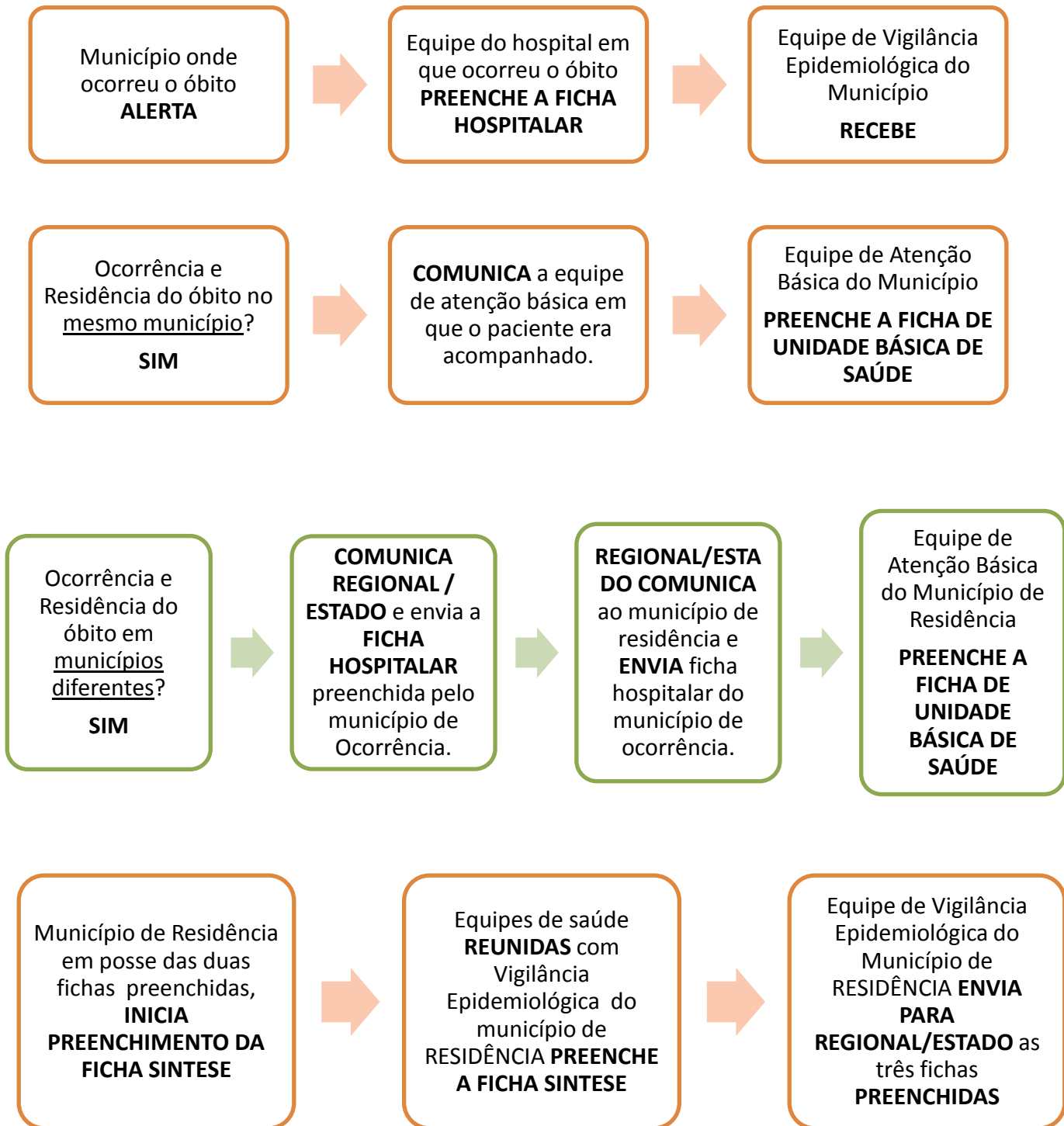


Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/af_protocolo_tb_28jun17_colofao_grafica.pdf

A investigação de óbitos com menção de tuberculose foi iniciativa dos programas de controle da tuberculose e deve sempre contar com o apoio de diversos parceiros. Nesse contexto, destacam-se as equipes: do **SIM**, da **vigilância do óbito**, da **vigilância epidemiológica hospitalar**, da **vigilância da aids**, dos **laboratórios**, de **Atenção Básica**, do **Serviço de Verificação de Óbito** e do **Instituto Médico Legal**.

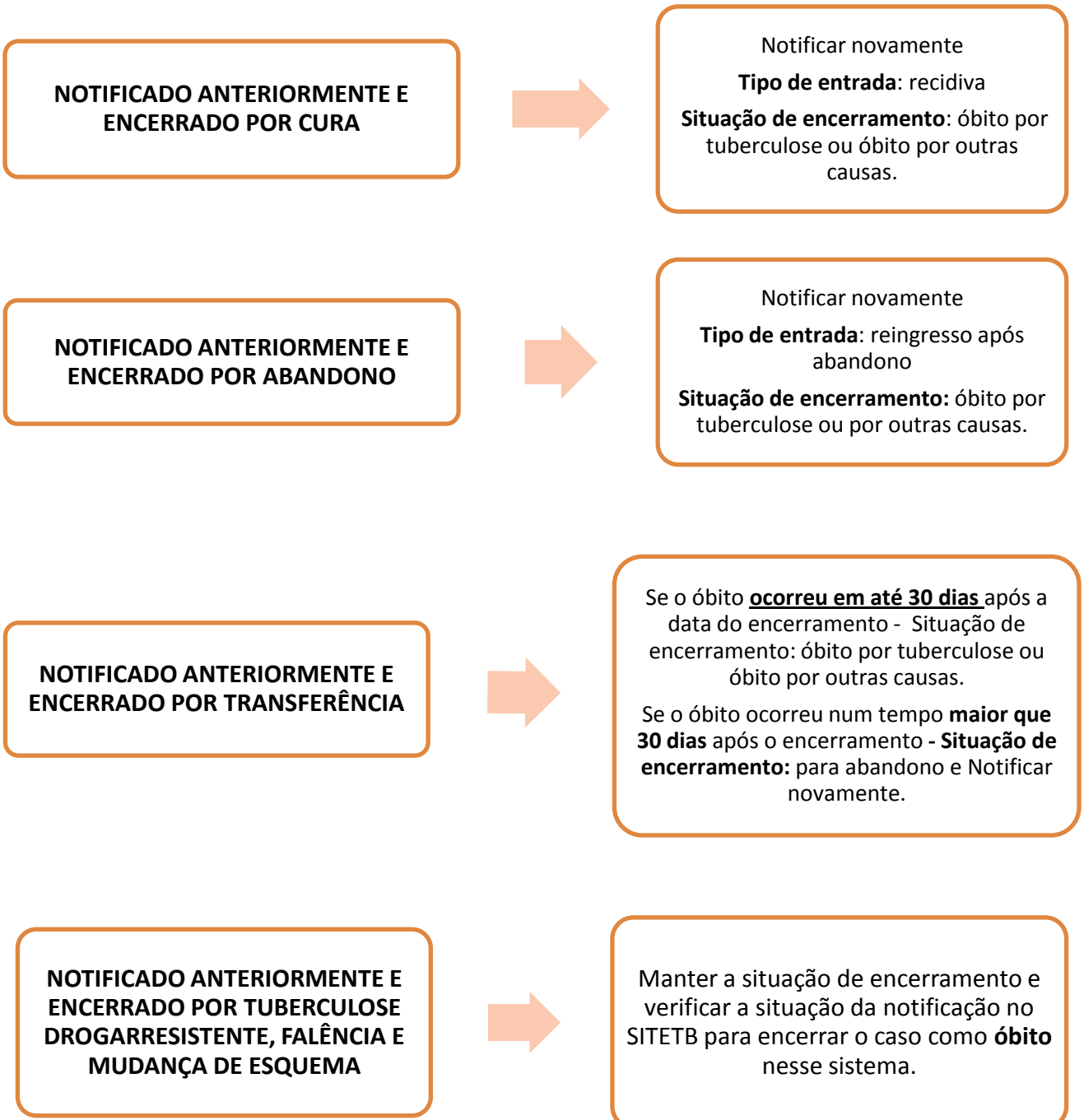
DEVE SER INVESTIGADO TODO ÓBITO COM MENÇÃO DE TUBERCULOSE EM QUALQUER PARTE DO ATESTADO DE ÓBITO, INDEPENDENTEMENTE DE O PACIENTE ESTAR OU NÃO NOTIFICADO NO SINAN OU NO SITETB

4. Fluxograma da Investigação de Óbito por Tuberculose



5. Tipo de Entrada e Situação de Encerramento no Sinan e SITETB após confirmação/investigação de óbito por tuberculose.

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO NO SINAN



5. Tipo de Entrada e Situação de Encerramento no Sinan e SITETB após confirmação/investigação de óbito por tuberculose.

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO NO SINAN

NOTIFICADO ANTERIORMENTE E ENCERRADO EM BRANCO/IGNORADO



Se o óbito ocorreu em **até 30 dias** após a data do último comparecimento na unidade de saúde, **Situação de encerramento:** óbito por tuberculose ou óbito por outras causas.

Caso não, **Situação de encerramento:** abandono e deve-se notificá-lo novamente no Sinan.

NOTIFICADO ANTERIORMENTE E ENCERRADO POR ABANDONO PRIMÁRIO



Notificar novamente

Tipo de entrada da última ficha de notificação: caso novo, recidiva ou reingresso após abandono

Situação de encerramento: óbito por tuberculose ou óbito por outras causas.

PACIENTE NÃO FOI NOTIFICADO NO SINAN

ÓBITO POR TUBERCULOSE NÃO NOTIFICADO ANTERIORMENTE



TIPO DE ENTRADA: PÓS-ÓBITO

Situação de encerramento: óbito por tuberculose ou óbito por outras causas.

Preencher a ficha de notificação com as informações disponíveis nos prontuários, resultados de exames, SIM, entre outros.

6. Descrição das categorias e metas para investigação do óbito com menção de tuberculose

Categorias	Descrição das metas
Municípios com menos de 20 óbitos com menção de tuberculose ^a ao ano.	Investigar e discutir 100% dos óbitos com menção de tuberculose ocorridos em seus residentes.
Municípios com número \geq a 20 e $<$ que 50 óbitos com menção de tuberculose ^a ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 50% dos óbitos com menção de tuberculose ocorridos em seus residentes.
Municípios com número \geq a 50 e $<$ que 100 óbitos com menção de tuberculose ^a ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 30% dos óbitos com menção de tuberculose ocorridos em seus residentes.
Municípios com número \geq a 100 e $<$ que 150 óbitos com menção de tuberculose ^a ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 25% dos óbitos com menção de tuberculose ocorridos em seus residentes.
Municípios com número \geq a 150 com menção de tuberculose ^a ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 15% dos óbitos com menção de tuberculose ocorridos em seus residentes.

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.

PRAZO PARA CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO: 120 DIAS APÓS A OCORRÊNCIA DO ÓITO



Hospital
NHE - CCIH



UBS - Familiares IML-
SVO- Laboratório



Grupo de Trabalho

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.

Equipe de elaboração e revisão :
Yolanda de Barros Lima Morano
Sheila Maria Santiago Borges
Christiana Maria de Oliveira Nogueira
Valderina Ramos Freire
Sarah Mendes D'Angelo



ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA HOSPITALAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ficha de investigação do óbito com menção de tuberculose
Unidade Hospitalar, Unidade de Urgência e Emergência

Nº

A	IDENTIFICAÇÃO		
	Foi notificado no Sinan antes de morrer? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		Nº de notificações no Sinan-TB:
	Data da última notificação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da ficha do Sinan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados do paciente	Situação do caso no SIM: <input type="checkbox"/> 1 - Tuberculose causa básica 2 - Tuberculose causa associada 3 - Consta no SIM sem menção de tuberculose 4 - Sem registro do caso no SIM		
	Data do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da declaração de óbito:	
	Nome do paciente:		
Dados do paciente	Nome da mãe:		
	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Idade: <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino
	Endereço:		
	Bairro:	Município de residência:	UF:
B	INVESTIGAÇÃO EM ÂMBITO HOSPITALAR, DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA		
	Nome do hospital:		
	Nº do prontuário:	Data da admissão: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Motivo da internação ou hipótese diagnóstica:		
	Nome de um contato da pessoa falecida:		
História clínica do paciente	Telefone:		Parentesco:
	Sinais e sintomas descritos no prontuário 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro		
	<input type="checkbox"/> Tosse. Por quanto tempo? (em dias): <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento/caquexia/desnutrição <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Catarro <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor torácica		
	<input type="checkbox"/> Catarro com sangue <input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas. Quais? _____		
Doenças e agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro			
<input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença mental <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas			
<input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia			
<input type="checkbox"/> Outras condições. Quais? _____			

Ficha de investigação do óbito com menção de tuberculose 1

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 1 – FICHA HOSPITALAR

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	
Baciloscopia de escarro <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado	Data do resultado:
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) <input type="checkbox"/> 1 - Detectável sensível à rifampicina 2 - Detectável resistente à rifampicina 3 - Detectável indeterminado à rifampicina 4 - Não detectável 5 - Não realizado Material utilizado: _____	Data da admissão:
Baciloscopia de outro material <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado:
Cultura de escarro <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado:
Cultura de outro material <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Material utilizado: _____ Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado:
Teste de sensibilidade antimicrobiana <input type="checkbox"/> 1- Resistente somente à isoniazida 2- Resistente somente à rifampicina 3- Resistente à isoniazida e rifampicina 4- Resistente a outras drogas de 1ª linha 5- Sensível 6- Em andamento 7- Não realizado 8- Amostra imprópria	Data do resultado:
Raio-X de tórax <input type="checkbox"/> 1- Suspeito 2- Normal 3- Sequela de tuberculose/Lesões crônicas 4- Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 5- Não realizado 6- Foi realizado, mas não há laudo no prontuário	Data do resultado:
Histopatológico <input type="checkbox"/> 1- Confirmado 2- Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 3- Não realizado	Data do resultado:
Teste para HIV <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado	Data do resultado:
Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> 1- Realizada 2- Não realizada Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): <input type="checkbox"/> Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento <input type="checkbox"/> Nódulos de espaço aéreo (consolidação)* <input type="checkbox"/> Sequela de tuberculose/Lesões crônicas <input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____ *Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.	Data:
Broncoscopia <input type="checkbox"/> 1- Realizada 2- Não realizada	Data:



ANEXO 1 – FICHA HOSPITALAR

Outros exames Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
Foi encaminhado para necropsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Hospital Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE	
Em qual momento ocorreu o diagnóstico da tuberculose <input type="checkbox"/> 1 - Antes da última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 2 - Durante a última hospitalização/atendimento de emergência/urgência 3 - Após a última hospitalização 4 - Não houve diagnóstico de tuberculose 5 - Ignorado	
Iniciou o tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Sem registro Se sim, data do início do tratamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Forma clínica: <input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar Se extrapulmonar: <input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual? _____	
Confirmado óbito por tuberculose (causa básica ou associada)? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
Continuar a investigação? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
Se sim, quais os motivos? <input type="checkbox"/> Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes <input type="checkbox"/> Investigação de contatos <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
Observações gerais Sinais e sintomas de outras doenças; diagnóstico laboratorial de outras doenças; relatos de diagnóstico inoportuno da tuberculose; perda de continuidade de tratamento; uso ou não de Tarv; notificação no SITETB; vulnerabilidades; falhas no preenchimento do prontuário e outros pontos que o investigador julgar importantes. <i>Usar o verso da página, caso necessário.</i>	
B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO	
Informações em folhas anexas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da investigação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nome do responsável:	Telefone de contato:
Local de trabalho do responsável pela investigação:	
Ficha de investigação do óbito com menção de tuberculose 3	

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 2 – FICHA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ficha de investigação de óbito com menção de tuberculose

Outras Unidades de Saúde e com familiares

Nº

A	IDENTIFICAÇÃO		
	Foi notificado no Sinan antes de morrer? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		Nº de notificações no Sinan-TB: <input type="text"/>
	Data da última notificação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da ficha do Sinan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados do paciente	Situação do caso no SIM: <input type="checkbox"/> 1 - Tuberculose causa básica 2 - Tuberculose causa associada 3 - Consta no SIM sem menção de tuberculose 4 - Sem registro do caso no SIM		
	Data do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº da declaração de óbito: <input type="text"/>	
	Nome do paciente:		
	Nome da mãe:		
	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Idade: <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino
	Endereço:		
Bairro: <input type="text"/>	Município de residência: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	
B	INVESTIGAÇÃO EM OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE E COM FAMILIARES		
	Responda as questões abaixo relativas ao estabelecimento de saúde que atendeu o paciente		
	Nome do estabelecimento: <input type="text"/>		
	Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde da Família 2 - Unidade Básica de Saúde 3 - Policlínica 4 - Referência para tuberculose 5 - Serviço privado 6 - Outra. Qual? <input type="text"/>		
	Data da primeira consulta em que o paciente relatou sintomas da tuberculose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Houve diagnóstico de tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		Data do diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Iniciou tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		Data do início do tratamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Situação de encerramento <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por tuberculose 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário		
	Observações: <input type="text"/>		
	Sinais e sintomas descritos no(s) prontuário(s) 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro		
	<input type="checkbox"/> Tosse. Por quanto tempo? (em dias): <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento/caquexia/desnutrição <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Catarro <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor torácica			
<input type="checkbox"/> Catarro com sangue <input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas. Quais? <input type="text"/>			
Doenças e agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro			
<input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença mental <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas			
<input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia			
<input type="checkbox"/> Outras condições. Quais? <input type="text"/>			

Ficha de investigação do óbito com menção de tuberculose 1

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.



ANEXO 2 – FICHA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

B.1 EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	
Baciloscopia de escarro <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) <input type="checkbox"/> 1- Detectável sensível à rifampicina 2- Detectável resistente à rifampicina 3- Detectável indeterminado à rifampicina 4- Não detectável 5- Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Baciloscopia de outro material <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Material utilizado: _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cultura de escarro <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cultura de outro material <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado Material utilizado: _____ Houve identificação de espécie? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não Se sim, qual espécie de micobactéria? _____	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste de sensibilidade antimicrobiana <input type="checkbox"/> 1- Resistente somente à isoniazida 2- Resistente somente à rifampicina 3- Resistente à isoniazida e rifampicina 4- Resistente a outras drogas de 1ª linha 5- Sensível 6- Em andamento 7- Não realizado 8- Amostra imprópria	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Raio-X de tórax <input type="checkbox"/> 1- Suspeito 2- Normal 3- Sequela de tuberculose/Lesões crônicas 4- Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 5- Não realizado 6- Foi realizado, mas não há laudo no prontuário	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Histopatológico <input type="checkbox"/> 1- Confirmado 2- Outra doença. Se outra doença, qual? _____ 3- Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teste para HIV <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Não realizado	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> 1- Realizada 2- Não realizada Laudo (assinalar os resultados relacionados à tuberculose): <input type="checkbox"/> Lesões escavadas associadas a padrão de árvore em brotamento <input type="checkbox"/> Nódulos de espaço aéreo (consolidação)* <input type="checkbox"/> Sequela de tuberculose/Lesões crônicas <input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____ *Locais mais frequentes: segmento apical e posterior de lobos superiores; segmento superior de lobo inferior.	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Broncoscopia <input type="checkbox"/> 1- Realizada 2- Não realizada	Data do resultado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Outros exames Elencar resultados relacionados às comorbidades apontadas nesta ficha: hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros.	

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.



ANEXO 2 – FICHA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Foi encaminhado para necropsia	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Hospital
Se sim, nos achados de necropsia, há menção de tuberculose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
B.2 HISTÓRIA DE TUBERCULOSE	
Forma clínica:	<input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + extrapulmonar
Se extrapulmonar:	<input type="checkbox"/> 1 - Pleural 2 - Ganglionar 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálica 8 - Cutânea 9 - Ignorado 10 - Outros. Qual?
O paciente abandonou o tratamento?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais medidas foram tomadas para facilitar a adesão do paciente ao tratamento.	
O paciente precisou ser transferido?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não Se sim, para qual referência? _____
Quais os motivos? <input type="checkbox"/> 1 - TB-DR 2 - Coinfecção TB-HIV 3 - Reação adversa 4 - Outros. Quais? _____	
Foi observado se o paciente chegou na outra unidade?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
Fazia tratamento diretamente observado?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Confirmado óbito por tuberculose?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Continuar a investigação?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
Se sim, quais os motivos?	<input type="checkbox"/> Confirmar caso de tuberculose em outras unidades de saúde/laboratório/outras fontes <input type="checkbox"/> Investigação de contatos <input type="checkbox"/> Outros. Quais?
Observações gerais	
Sinais e sintomas de outras doenças; diagnóstico laboratorial de outras doenças; relatos de diagnóstico inoportuno da tuberculose; perda de continuidade de tratamento; uso ou não de Tarv; notificação no SITETB; vulnerabilidades; falhas no preenchimento do prontuário e outros pontos que o investigador julgar importantes. Usar o verso da página, caso necessário.	
Em caso confirmado de tuberculose, deve-se investigar os contatos.	
Quantos contatos foram identificados? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quantos foram examinados? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Investigação de contatos	Relação de contatos do paciente
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	Nome: _____ Idade: _____
	Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	Nome: _____ Idade: _____
Telefone: _____ Examinado: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	
B.3 RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO	
Informações em folhas anexas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da investigação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nome do responsável: _____	Telefone de contato: _____
Local de trabalho do responsável pela investigação: _____	

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 3 – FICHA SÍNTESE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ficha síntese
Conclusão da investigação do óbito com menção da tuberculose

1 DADOS GERAIS DO PACIENTE	
Nome:	
Nome da mãe:	
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Endereço:	
Data de notificação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data do óbito: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Notificado no Sinan após o óbito? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	Nº da declaração de óbito:
2 DADOS SOBRE AS UNIDADES DE SAÚDE QUE ACOMPANHARAM/ATENDERAM O PACIENTE	
Estabelecimento 1	
Unidade de saúde:	
Fez o diagnóstico de tuberculose nessa unidade de saúde? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Se sim, qual a data do diagnóstico? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
O paciente iniciou o tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Estabelecimento 2	
Unidade de saúde:	
Fez o diagnóstico de tuberculose nessa unidade de saúde? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Se sim, qual a data do diagnóstico? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
O paciente iniciou o tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Estabelecimento 3	
Unidade de saúde:	
Fez o diagnóstico de tuberculose nessa unidade de saúde? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Se sim, qual a data do diagnóstico? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
O paciente iniciou o tratamento para tuberculose? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
3 HISTÓRIA CLÍNICA	
Quais as doenças ou agravos associados o paciente possuía?	
O paciente pertencia a alguma população especial?	
Qual a forma clínica? <input type="checkbox"/> 1 - Pulmonar <input type="checkbox"/> 2 - Extrapulmonar <input type="checkbox"/> 3 - Pulmonar + extrapulmonar	
4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	
Foi realizado diagnóstico laboratorial? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Se não, por que não foi feito?	

Ficha síntese – Conclusão da investigação do óbito com menção da tuberculose 1

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 3 – FICHA SÍNTESE

5 TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE	
O paciente iniciou o tratamento para tuberculose?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Houve abandono de tratamento?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Se sim, foi feita busca ativa?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Foi feito tratamento diretamente observado?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Foi instituído um projeto terapêutico singular?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
O paciente foi transferido em algum momento?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Chegou à unidade de saúde para onde foi transferido?	<input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Na opinião da equipe de investigação/grupo de trabalho, quais as razões que contribuíram para a ocorrência do óbito?	
Quais as fragilidades existentes nas atividades de controle da tuberculose que podem ter contribuído para o óbito?	
Programática/Institucional:	
Social:	
Comunidade/familiar/individual:	
6 RECOMENDAÇÕES	
Atenção Primária/Básica:	
Atenção Especializada:	

Ficha síntese – Conclusão da investigação do óbito com menção da tuberculose 2

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 3 – FICHA SÍNTESE

Atenção Hospitalar:
Programa de Controle da Tuberculose/Departamento de Atenção Básica/Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais/Outros serviços de organização da rede assistencial:
Rede laboratorial/Unidades de Urgência e Emergência/Sistema Prisional:
7 ENCAMINHAMENTOS
8 AVALIAÇÃO DE CONTATOS
Os contatos foram examinados? <input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não
Se não, quais foram os motivos?
9 QUALIFICAÇÃO DO SINAN E SITETB
1 – Qual informação foi qualificada após a investigação?
<input type="checkbox"/> Tipo de entrada. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Exames laboratoriais. Qual(is)? _____
<input type="checkbox"/> Situação de encerramento. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Data de encerramento do tratamento.
10 QUALIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE
1 – O médico atestante do óbito foi contatado para auxiliar na investigação e na elucidação das causas de morte?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O médico não foi encontrado, apesar da procura.

Ficha síntese – Conclusão da investigação do óbito com menção da tuberculose 3

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.





ANEXO 3 – FICHA SÍNTESE

<p>2 – Após a investigação do óbito:</p> <p><input type="checkbox"/> a tuberculose manteve-se como causa básica ou associada.</p> <p><input type="checkbox"/> a tuberculose era causa associada e passou a ser causa básica.</p> <p><input type="checkbox"/> a tuberculose era causa básica e passou a ser causa associada.</p> <p><input type="checkbox"/> a tuberculose não constava nas causas de morte e foi incluída.</p> <p><input type="checkbox"/> a tuberculose foi excluída do atestado de óbito por não estar relacionada à morte.</p> <p><input type="checkbox"/> o código A16 (CID 10) referente à tuberculose sem realização de exame para o diagnóstico foi alterado para um código (A15, A17 a A19) no qual consta a confirmação diagnóstica da tuberculose.</p>
<p>3 – Atestado médico de causas de morte:</p>
<p>Parte I</p>
<p>A)</p>
<p>B)</p>
<p>C)</p>
<p>D)</p>
<p>Parte II</p>
<p>Causa básica:</p>
<p>4 – Causas de óbito após a investigação:</p>
<p>Parte I</p>
<p>A)</p>
<p>B)</p>
<p>C)</p>
<p>D)</p>
<p>Parte II</p>
<p>Causa básica:</p>
<p>11 INFORMAÇÕES GERAIS</p>
<p>Data da conclusão da investigação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Data da reunião do grupo de trabalho: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Responsável: _____</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 – Protocolo de Vigilância do óbito por menção de tuberculose nas causas de morte.

