

## 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"/> Idade:
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?	

## 5 | TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

- O paciente iniciou o tratamento para tuberculose?  1 - Sim 2 - Não
- Houve abandono de tratamento?  1 - Sim 2 - Não
- Se sim, foi feita busca ativa?  1 - Sim 2 - Não
- Foi feito tratamento diretamente observado?  1 - Sim 2 - Não
- Foi instituído um projeto terapêutico singular?  1 - Sim 2 - Não
- O paciente foi transferido em algum momento?  1 - Sim 2 - Não
- Chegou à unidade de saúde para onde foi transferido?  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:

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?  1 - Sim 2 - Não

Se não, quais foram os motivos?

## 9 | QUALIFICAÇÃO DO SINAN E SITETB

### 1 – Qual informação foi qualificada após a investigação?

Tipo de entrada. Qual? \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais. Qual(is)? \_\_\_\_\_

Situação de encerramento. Qual? \_\_\_\_\_

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?

Sim  Não  O médico não foi encontrado, apesar da procura.

<b>2 – Após a investigação do óbito:</b>
<input type="checkbox"/> a tuberculose manteve-se como causa básica ou associada. <input type="checkbox"/> a tuberculose era causa associada e passou a ser causa básica. <input type="checkbox"/> a tuberculose era causa básica e passou a ser causa associada. <input type="checkbox"/> a tuberculose não constava nas causas de morte e foi incluída. <input type="checkbox"/> a tuberculose foi excluída do atestado de óbito por não estar relacionada à morte. <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.
<b>3 – Atestado médico de causas de morte:</b>
<b>Parte I</b>
A)
B)
C)
D)
<b>Parte II</b>
Causa básica:
<b>4 – Causas de óbito após a investigação:</b>
<b>Parte I</b>
A)
B)
C)
D)
<b>Parte II</b>
Causa básica:
<b>11   INFORMAÇÕES GERAIS</b>
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"/> 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"/> Responsável: _____