

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA
(MCR) APÓS PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS

Dados Gerais	1 Notificador () Profissional de saúde () CCIH () CECIH () paciente/Informante () Outros _____	2 Data da Notificação ____/____/____		
	3 Município da Notificação	Código (IBGE) ____-____-____		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código ____-____-____		
Dados do Caso	5 Agravado MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA - MCF	6 Data dos Primeiros Sintomas ____/____/____		
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento ____/____/____		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ign	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado
	13 Número do Cartão SUS ____-____-____-____-____	14 Nome da mãe ____-____-____-____-____		
	15 Doenças pre-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado () Diabetes () Imunossuprimido () Renal crônico () Outras _____			
Dados da instituição do procedimento realizado	16 Nome da instituição que realizou o procedimento	17 CNES ou CNPJ ____-____-____-____-____		
	18 Logradouro (rua, avenida,...)	19 Número	20 Bairro ____-____-____-____-____	
	21 Município de localização da instituição	22 Código (IBGE) ____-____-____	23 UF ____	24 (DDD) Telefone ____-____-____-____-____
	25 Procedimento realizado	26 Via de acesso () Videocirurgia () Convencional () Outros _____	27 Data do procedimento ____/____/____	
	Dados Complementares do Caso			
Clínica e laboratório	28 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Febre - Temperatura ____ °C Edema (inchaço) Fistulização (drenagem) Hiperemia (vermelhidão) Vesículas (bolhas) Secreção (serosa - piosanguinolenta) Hipertermia (calor) Nódulos (tumorações) Difícil cicatrização			
	29 Coletada amostra clínica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	30 Tipo de coleta? 1 - Secreção 2 - Biópsia	31 Exame realizado () Bacterioscopia () PCR () Cultura () Histopatológico	1-Sim 2-Não 9-Ign
	32 Data da coleta da amostra ____/____/____	33 MCR identificado na amostra 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Se sim, qual MCR? ____	35
Tratamento	36 Tratamento iniciado? 1-Sim 2-Não 9-Ign	37 Data do início tratamento ____/____/____	38 Antibióticos 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
	39 Os materiais de videocirurgias são reprocessados? 1-Sim 2-Não 9-Ign	40 O reprocessamento é realizado no: 1-CME* da própria instituição 2-Dentro do bloco cirúrgico da instituição 3-CME terceirizada	41 Existem registros do processo? 1-Sim 2-Não 9-Ign	
Processamento	42 Qual(is) método(s) utilizado(s)? 1-Sim 2-Não 9-Ign	Autoclavação Óxido de Etileno	Glutaraldeído Ácido Peracético	Plasma de Peróxido de hidrogênio Outro _____
	43 O instrumental de vídeo é exclusivo da instituição? 1-Sim 2-Não 9-Ign	44 Número médio do procedimento por mês ____	45 Este caso foi notificado antes para: () Vigil. Sanitária () CCIH** da instituição () Vigilância epidemiológica	
Conclusão	46 Evolução 1 - Cura 3 - Melhorado 2 - Óbito 4 - em Tratamento 9 - Ignorado	47 Classificação final do caso 1 - Confirmado por laboratório 2 - Confirmado por clínica 3 - Confirmado por vínculo epidemiológico 4 - Confirmado pelos critérios (1, 2, 3) 5 - Descartado 6 - Em andamento		
	Observações: _____ _____ _____			
Investigador	*CME- Central de Material Esterelizados **CCIh- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar			
	49 Nome ____-____-____-____-____	50 Função ____-____-____-____-____		