



# Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)





MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

# Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – 20.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas  
SRTVN 701, Via W5 Norte, Ed. PO 700, 5º andar  
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF  
Site: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>  
E-mail: [tuberculose@saude.gov.br](mailto:tuberculose@saude.gov.br)

*Ministro de Estado da Saúde:*  
Alexandre Rocha Santos Padilha

*Secretária de Vigilância Sanitária em Saúde e Ambiente:*  
Mariângela Batista Galvão Simão

*Coordenação-geral:*  
Draurio Barreira  
Fernanda Dockhorn Costa

*Organização:*  
José Nildo de Barros Silva Júnior  
Daniele Maria Pelissari

*Colaboração:*  
Daniele Gomes Dell'Orti  
Daiane Alves da Silva  
Denise Arakaki  
Geisa Poliane de Oliveira Cervieri  
Isabela de Lucena Heráclio  
Liliana Romero Vega  
Luiz Henrique Arroyo  
Luiza Ohana Harada  
Mariana Sanches de Mello  
Melisane Regina Lima Ferreira  
Nicole Menezes de Souza  
Tiemj Arakawa  
Yury Bitencourt da Costa

*Colaboração externa:*  
Kleydson Bonfim Andrade  
Anete Trajman

*Diagramação:*  
Marcos Cleuton de Oliveira

*Revisão:*  
Angela Gasperin Martinazzo

*Normalização:*  
Delano de Aquino Silva - CGDI

*Impresso no Brasil / Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 68 p. : il.
1. Tuberculose. 2. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 3. Registros de doenças. I. Título.
CDU 616-052

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0242

*Título para indexação:*  
Investigation and monitoring registry of people being treated for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection (LTbI) or undergoing tuberculosis preventive treatment (TPT)

# Instruções para o preenchimento do livro de registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este livro de registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT) é um instrumento que deve ser utilizado como fonte de dados pela unidade de saúde e pela vigilância epidemiológica local. O material também conta com um espaço dedicado ao cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos (cascatas de cuidado), oferecendo uma ferramenta auxiliar para que os(as) profissionais de saúde possam acompanhar o andamento local e fortalecer a gestão do cuidado.

Os dados constantes neste instrumento são classificados como dados pessoais sensíveis nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018) e, portanto, devem ser cuidadosamente protegidos contra danos e extravios.

As informações aqui contidas deverão servir de fonte para o preenchimento da Ficha de Notificação do Tratamento da ILTB, bem como para registro no Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB), conforme o Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil<sup>1</sup>.

Recomenda-se que sejam registradas informações sobre todas as pessoas investigadas para ILTB, de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil<sup>2</sup>. As informações sobre a investigação e o acompanhamento devem ser registradas a cada consulta, que idealmente deve acontecer mensalmente, até o encerramento.

O termo “caso” será utilizado neste documento por ser uma definição utilizada no processo de vigilância da ILTB. Quando possível, de forma a atender a linguagem centrada na pessoa, será priorizado o uso do termo “pessoa em TPT”.

## COMO PREENCHER AS COLUNAS

### Unidade de saúde

Registre de forma legível o nome completo da Unidade de Saúde.

### Município

Registre o nome do município.

### UF

Registre o nome da Unidade da Federação.

### Ano

Registre o ano com quatro dígitos (ex.: 2025).

## IDENTIFICAÇÃO

### Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose

Registre um dos códigos a seguir quanto à principal motivação para a investigação da ILTB:

Sem prova tuberculínica (PT) e sem teste de liberação de interferon-gama (IGRA) realizados

- 1** – Recém-nascidos coabitantes de caso-fonte de tuberculose (TB) pulmonar ou laringea, confirmado por critério laboratorial
- 2** – Pessoas vivendo com HIV e/ou aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial

- 3** – Pessoas vivendo com HIV e/ou aids com CD4+  $\leq$  350 céls./mm<sup>3</sup>
- 4** – Pessoas vivendo com HIV e/ou aids com registro documental de terem tido PT  $\geq$  5 mm ou IGRA positivo, não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião
- 5** – Pessoas vivendo com HIV e/ou aids com radiografia de tórax mostrando cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB
- 6** – Pessoas que utilizam ou utilizarão imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondendo a > 15 mg de prednisona por mais de um mês), com radiografia de tórax mostrando cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB
- 7** – Pessoas que utilizam ou utilizarão imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondendo a > 15 mg de prednisona por mais de um mês), com registro documental de ter tido PT  $\geq$  5 mm ou IGRA positivo, não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião
- 8** – Pessoas que utilizam ou utilizarão imunobiológicos e/ou Imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondendo a > 15 mg de prednisona por mais de um mês), contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial

PT  $\geq$  5 mm ou IGRA positivo

- 9** – Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG
- 10** – Pessoas vivendo com HIV e/ou aids com CD4+ > 350 céls./mm<sup>3</sup>
- 11** – Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB
- 12** – Pessoas que utilizam ou utilizarão imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroides (correspondendo a > 15 mg de prednisona por mais de um mês)
- 13** – Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos

PT  $\geq$  10 mm ou IGRA positivo

- 14** – Pessoas com silicose
- 15** – Pessoas com neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas
- 16** – Pessoas com neoplasias em terapia imunossupressora
- 17** – Pessoas com insuficiência renal em diálise
- 18** – Pessoas com diabetes *mellitus*
- 19** – Pessoas com baixo peso (< 85% do peso ideal)
- 20** – Pessoas tabagistas (> 1 maço/dia)
- 21** – Pessoas com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia de tórax

Conversão (segunda PT com incremento de 10 mm em relação à 1ª PT)

- 22** – Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial
- 23** – Profissionais de saúde
- 24** – Trabalhadores(as) de instituições de longa permanência
- 25** – Outros

### Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)

Registre o código referente à segunda motivação mais importante para a investigação e o TPT. Siga o padrão de preenchimento da coluna anterior.

### Caso-índice/fonte

Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico

Registre o nome completo do caso-índice e/ou fonte, evitando abreviações.

Formato da data: (dd/mm/aaaa)

*Obs.: caso a pessoa em avaliação não seja contato, deixe o campo em branco.*

- Caso-índice: pessoa inicialmente identificada com TB em um ambiente em que outras pessoas possam ter sido expostas. Caso em torno do qual a avaliação de contato é centrada, embora nem sempre corresponda ao caso-fonte (caso infectante).
- Caso-fonte: caso infectante, não necessariamente o primeiro caso identificado (caso-índice).

### Forma clínica

Registre uma das opções a seguir quanto à forma clínica da tuberculose do caso-índice/fonte:

**P/L** – Pulmonar ou laringea

**E** – Extrapulmonar (com exceção de laringea)

**P + E** – Pulmonar + extrapulmonar (mista)

*Obs.: caso a pessoa em avaliação não seja contato, deixe o campo em branco.*

### Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose

Registre o nome completo do caso investigado ou em TPT, evitando abreviações.

### Sexo

Registre uma das opções a seguir quanto ao sexo da pessoa:

**M** – Masculino

**F** – Feminino

**I** – Ignorado

### Tipo de contato

Registre uma das opções a seguir quanto ao ambiente de contato com o caso-índice/fonte (quando pertinente):

**R** – Residência

**T** – Trabalho

**E** – Escola

**CI** – Comunidade indígena

**P** – Presídio

**Ab** – Abrigo

**I** – Igreja

**O** – Outro

**NA** – Não se aplica

*Obs.: caso a pessoa em avaliação não seja contato, deixe o campo em branco.*

### Idade (em anos)

Registre a idade da pessoa com ILTB em anos completos. Em caso de menores de 1 ano, registre a idade em meses, colocando a letra “m” (meses) após o número. Para menores de 1 mês, registre a idade em dias, colocando a letra “d” (dias) após o número. Para menores de 1 dia, registre a idade em horas, colocando a letra “h” (horas) após o número.

### Sintomas de TB?

Registre uma das opções quanto à presença de sintomas de TB ativa (tosse ou febre vespertina ou sudorese noturna ou emagrecimento):

**S** – Sim

**N** – Não

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

EXAMES DIAGNÓTICOS

Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)

Registre o resultado do TRM-TB conforme segue:

SR – Detectado, sensível à rifampicina

RR – Detectado, resistente à rifampicina

DT – Detectado: traços (resistência não avaliada)

DI – Detectado: indeterminado à rifampicina

ND – Não detectado

IE – Inválido/erro/sem resultado

NR – Não realizado

Ou

Baciloscopia

Registre o resultado da baciloscopia de escarro para diagnóstico da TB ativa conforme segue:

+, \*\*, \*\*\* – Positivo (quando o resultado for de 1 a 9 bacilos, considere como positivo e registre o número de bacilos encontrados)

Neg – Negativo

NR – Não realizada

NA – Não se aplica

Obs.: 1: indicada somente se a pessoa apresenta sintomas de TB ativa.

Obs. 2: não há necessidade dos dois exames. Realiza-se o TRM-TB ou a baciloscopia.

Cultura

Registre o resultado da cultura conforme segue:

Pos – Positivo

Neg – Negativo

EA – Em andamento

C – Contaminada

NR – Não realizada

Obs.: indicada somente se a pessoa apresenta sintomas de TB ativa.

Radiografia ou tomografia de tórax (Rx ou tomo de tórax)

Registre o resultado da radiografia ou tomografia de tórax conforme segue:

N – Aspecto normal

Sug – Imagem sugestiva de TB

Seq – Sequela, quando houver imagem sugestiva de lesão cicatricial

OP – Imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa

NR – Não realizada

Teste de HIV

Registre uma das opções quanto ao resultado do teste rápido ou sorologia para HIV:

Pos – Positivo

Neg – Negativo

EA – Em andamento

NR – Não realizado

Terapia antirretroviral (Tarv)

Registre uma das opções quanto à utilização de Tarv pela pessoa em tratamento ou investigação da ILTB:

S – Sim

N – Não

Ign – Ignorado

NA – Pessoa sem coinfecção TB-HIV

PT (primeira)

Data (dd/mm/aaaa)

Registre o dia, o mês e o ano do resultado da primeira PT. Deixe o campo em branco se a PT não foi realizada.

Resultado

Registre o resultado em milímetros (mm) da primeira PT. Anote NR se a PT não foi realizada.

PT (segunda)

Data (dd/mm/aaaa)

Registre o dia, o mês e o ano do resultado da segunda PT. Deixe o campo em branco se a segunda PT não foi realizada.

Resultado

Registre o resultado em milímetros (mm) da segunda PT. Anote NR se a segunda PT não foi realizada.

Obs.: a segunda PT está indicada nos casos de contatos de TB confirmada por critério laboratorial, trabalhadores(as) de instituições de longa permanência e profissionais de saúde com PT < 10 mm.

IGRA

Data (dd/mm/aaaa)

Registre o dia, o mês e o ano do resultado do último IGRA. Deixe o campo em branco se o IGRA não foi realizado.

Resultado

Registre uma das opções quanto ao resultado do IGRA:

Pos – Positivo (reagente)

Neg – Negativo (não reagente)

Ind – Indeterminado (inconclusivo)

NR – Não realizado

Obs.: não há necessidade dos dois exames. Realiza-se a PT ou o IGRA.

TRATAMENTO

Tratamento preventivo indicado?

Registre uma das opções quanto à indicação do TPT:

S – Sim

N – Não

Esquema terapêutico instituído

Registre uma das opções a seguir quanto ao esquema utilizado:

9H – Isoniazida por 9 meses

6H – Isoniazida por 6 meses

4R – Rifampicina por 4 meses

3HP – Rifapentina + isoniazida por 3 meses

3RH – Isoniazida + rifampicina por 3 meses

Caso notificado no IL-TB?

Registre uma das opções quanto à notificação do caso no Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento de ILTB (IL-TB):

S – Sim

N – Não

Tipo de entrada

Registre uma das opções a seguir quanto à situação da pessoa em TPT na data de início do tratamento:

1 – Caso novo

2 – Reingresso após interrupção do tratamento (abandono)

3 – Reentrada após mudança de esquema

4 – Reexposição

5 – Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento

Data de início do tratamento

Registre o dia, o mês e o ano de início do TPT.

Acompanhamento mensal (nº de doses)

Registre o número de doses do medicamento tomadas pela pessoa a cada mês de acompanhamento.

Data do término do tratamento

Registre o dia, o mês e o ano do fim do TPT.

ENCERRAMENTO

Situação de encerramento

Registre uma das opções a seguir quanto à situação de encerramento do TPT:

1 – Tratamento completo

2 – Suspenso por reação adversa

3 – Tuberculose ativa

4 – Óbito

5 – Interrupção do tratamento

6 – Suspenso por PT < 5 mm em quimioprofilaxia primária

7 – Transferido para outro país

8 – Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento

Se óbito, qual a causa básica?

No caso de encerramento por óbito, registre uma das opções a seguir quanto à causa básica, conforme consta na Declaração de Óbito:

1 – Causa externa

2 – Tuberculose (CID A15 a A19)

3 – Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8)

4 – Hepatite aguda medicamentosa (CID K71)

5 – Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8)

6 – Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8)

7 – Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9)

8 – Outra

Observações

- Caso considere necessário, registre informações adicionais sobre a pessoa investigada ou em tratamento para ILTB.
- O IGRA é recomendado para o rastreio da ILTB em:
  - peessoas vivendo com HIV e/ou aids com CD4+ ≥ 350 céls./mm³;
  - crianças ≥ 2 anos e < 10 anos de idade, contatos de casos de TB ativa;
  - peessoas candidatas a transplante de células-tronco e
  - peessoas com indicação/uso de medicamentos imunobiológicos, imunossupressores ou em situação de pré-transplante de órgãos.

GLOSSÁRIO

Aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida

BCG – Bacilo de Calmette e Guérin

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IGRA – Teste de liberação de interferon-gama

ILTB – Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*

IL-TB – Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

PT – Prova tuberculínica

Tarv – Terapia antirretroviral

TB – Tuberculose

TPT – Tratamento preventivo da tuberculose

TRM-TB – Teste rápido molecular para tuberculose

Acompanhar a cascata de cuidado da ILTB é crucial para identificar áreas que necessitam de maior atenção no diagnóstico e tratamento. O monitoramento contínuo permite ajustar estratégias, otimizar recursos e melhorar os resultados, facilitando o alcance das metas de controle da ILTB e prevenindo a progressão para a forma ativa da doença.

UF: \_\_\_\_\_

## Cascata de cuidado dos contatos de pessoas com tuberculose em tratamento preventivo (cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos)

[illegible]

\*\* Para estimar o número de contatos esperados, sugere-se considerar 3 (três) contatos para cada caso de tuberculose no respectivo período.

**Cascata de cuidado das demais populações\* em tratamento preventivo (cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos)**

[illegible]

\* Demais populações: pessoas vivendo com HIV, pessoas em uso de terapia imunossupressora, pessoas com comorbidades, profissionais de saúde, outras.

Obs.: as pessoas vivendo com HIV e/ou aids e as pessoas em uso de terapia imunossupressora são importantes grupos com risco aumentado de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Dessa forma, este quadro pode ser usado como uma ferramenta para auxiliar no acompanhamento da cascata do cuidado dessas pessoas que iniciaram o TPT.

Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO									EXAMES DIAGNÓSTICOS					
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
9		Matheus Fernandes Matos / 01/03/2023	1	Ana Paula de Queiroz	F	P	25	N	NR	NR	NR	N	Neg	
9		11	1	Mariana Ferraz de Melo	F	P	32	N	NR	NR	NR	N	Neg	
9		11	1	Lucas Salles	M	P	29	S	ND	NR	NR	N	Neg	
3				André Felipe Silva	M	P	35	N	NR	NR	NR	N	Pos	S
3				Lorraine Busatto de Barros	F	P	30	N	NR	NR	NR	N	Pos	S
		Total de casos-índice/fonte: 1	Total de contatos identificados: 3			Examinados (TB ativa): - Contatos: 3 - Outras indicações: 2								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**. Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO							ENCERRAMENTO		
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)	Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado										
01/03/2024	6 mm	_/_/_	__mm	_/_/_		§	3HP	§	1	01/03/2024	1º 2º 3º 4º 5º 6º 4 4 4 7º 8º 9º 10º 11º 12º	01/06/2024	1		
03/03/2024	8 mm	_/_/_	__mm	_/_/_		§	3HP	§	1	05/03/2024	1º 2º 3º 4º 5º 6º 4 4 4 7º 8º 9º 10º 11º 12º	05/06/2024	1		
03/03/2024	5 mm	_/_/_	__mm	_/_/_		§	3HP	§	1	04/03/2024	1º 2º 3º 4º 5º 6º 4 4 4 7º 8º 9º 10º 11º 12º	04/06/2024	1		
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_		§	3HP	§	1	12/03/2024	1º 2º 3º 4º 5º 6º 4 4 4 7º 8º 9º 10º 11º 12º	12/06/2024	1		
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_		§	3HP	§	1	16/03/2024	1º 2º 3º 4º 5º 6º 4 4 4 7º 8º 9º 10º 11º 12º	16/06/2024	1		
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_							1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_						_/_/_	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_						_/_/_	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_						_/_/_	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_						_/_/_	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			
_/_/_	__mm	_/_/_	__mm	_/_/_						_/_/_	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º	_/_/_			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTb):

- Contatos: 3  
- Outras indicações: 2

TPT prescrito:

- Contatos: 3  
- Outras indicações: 2

TPT iniciado:

- Contatos: 3  
- Outras indicações: 2

TPT completo:

- Contatos: 3  
- Outras indicações: 2

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO									EXAMES DIAGNÓSTICOS					
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose <i>(se houver)</i>	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade <i>(em anos)</i>	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.  
 Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.  
 Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO										ENCERRAMENTO				
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.  
 Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO										ENCERRAMENTO				
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO										ENCERRAMENTO				
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomografia de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.  
 Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado															
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__										__/__/__	1º	2º				
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO										ENCERRAMENTO				
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos:\_\_\_\_\_
- Outras indicações:\_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

**Ano:** \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.  
 Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __mm	__/__/__	__ __mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	7º	8º	9º	10º	11º	12º	__/__/__			

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__mm	__/__/__	__mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS						TRATAMENTO											ENCERRAMENTO			
PT (primeira)		PT (segunda)		IGRA		Tratamento preventivo indicado?	Esquema terapêutico instituído	Notificado no IL-TB?	Tipo de entrada	Data do início do tratamento	Acompanhamento mensal (nº de doses)						Data do término do tratamento	Situação de encerramento	Se óbito, qual a causa básica?*	Observações
Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado						1º	2º	3º	4º	5º	6º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				
__/__/__	__ __ mm	__/__/__	__ __ mm	__/__/__						__/__/__	1º	2º	3º	4º	5º	6º	__/__/__			
											7º	8º	9º	10º	11º	12º				

#Preencha conforme consta na Declaração de Óbito.

Examinados (ILTB):

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT prescrito:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT iniciado:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

TPT completo:

- Contatos: \_\_\_\_\_  
- Outras indicações: \_\_\_\_\_

**Registro de investigação e acompanhamento de pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) ou tratamento preventivo da tuberculose (TPT)**

**Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO								EXAMES DIAGNÓSTICOS						
Principal indicação para o tratamento preventivo da tuberculose	Indicação secundária para o tratamento preventivo da tuberculose (se houver)	Caso-índice/fonte*		Nome completo da pessoa com indicação de tratamento preventivo da tuberculose	Sexo	Tipo de contato	Idade (em anos)	Sintomas de TB?	TRM-TB	Baciloscopia	Cultura	Rx ou tomo de tórax	Teste de HIV	Tarv
		Nome do caso-índice/fonte e data do diagnóstico*	Forma clínica*											
		Total de casos-índice/fonte: _____	Total de contatos identificados: _____			Examinados (TB ativa): - Contatos: _____ - Outras indicações: _____								

\* Preencha esse campo somente em caso de indicação do tratamento preventivo da tuberculose por **contato**.

Nas situações em que o caso-índice for diferente do caso-fonte, preencha os nomes no mesmo espaço. Nessas situações, contabilize apenas uma das pessoas com tuberculose (índice/fonte), quando a indicação de TPT for por contato.

Anotações / Observações:





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo  
Federal**