



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Brasília - DF 2025



3ª edição



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Hiv, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Brasília - DF 2025



3ª edição

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>

3ª 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

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância Sanitária em Saíde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Coordenação-geral:

Draurio Barreira

Fernanda Dockhorn Costa

Organização:

Daniele Maria Pelissari

José Nildo de Barros Silva Júnior

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

Tiemi Arakawa

Yury Bitencourt da Costa

Diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Valéria Gameleira da Mota – Editora MS/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 pessoas com sintoma respiratório de tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

– 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

36 p. il.

1. Tuberculose. 2. Assistência ao paciente. 3. Registros de doenças. I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogoção na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0241

Título para indexação:

Registry of people with respiratory symptoms of tuberculosis

Instruções para o preenchimento do livro de registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este livro de registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose é um instrumento que deve ser utilizado para o registro de todas as pessoas que apresentem sintoma respiratório de tuberculose (TB) identificadas pelo serviço de saúde. A busca desses indivíduos é uma atividade prioritária para a detecção precoce das pessoas com TB, quebrando a cadeia de transmissão para a eliminação da doença como problema de saúde pública, e pode ser desenvolvida por todos os(as) profissionais de saúde. O material também conta com um espaço dedicado ao cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos (controle mensal da pessoa com sintoma respiratório de TB na Unidade de Saúde), 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.

O termo “pessoas com sintoma respiratório de TB” passa a ser utilizado em substituição a “sintomáticos respiratórios”, de forma a incorporar uma linguagem centrada na pessoa. A adoção do novo termo busca minimizar a ênfase na doença, promovendo uma abordagem humanizada durante o acompanhamento das pessoas atendidas nos serviços de saúde. Essa mudança de terminologia está alinhada às diretrizes atualizadas da vigilância epidemiológica e da resposta à TB no âmbito nacional e global.

A pessoa com sintoma respiratório de TB é a aquela que apresenta tosse com duração de três semanas ou mais (população geral), acompanhada ou não de outros sinais e sintomas sugestivos de TB. Para pessoas privadas de liberdade, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV e/ou aids, pessoas em situação de rua e indígenas, considera-se tosse com qualquer tempo de duração¹.

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

Nº sequencial

Registre o número sequencial ou de ordem de acordo com a identificação da pessoa com sintoma respiratório de TB.

Data de identificação

Registre o dia e o mês de identificação da pessoa com sintoma respiratório de TB.

Nome completo da pessoa

Registre o nome completo da pessoa com sintoma respiratório de TB, sem abreviaturas.

Data de nascimento

Registre o dia, mês e ano (ex.: 15/09/1996).

Sexo

Registre uma das opções a seguir quanto ao sexo da pessoa com sintoma respiratório de TB:

M – Masculino

F – Feminino

I – Ignorado

Endereço completo e contato

Registre o endereço completo da pessoa com sintoma respiratório de TB, inclusive o(s) telefone(s) de contato.

EXAMES DIAGNÓSTICOS

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

Data do resultado

Registre o dia, o mês e o ano da emissão do resultado do TRM-TB (ex.: 30/05/2018).

Baciloscopia de escarro

Registre o resultado da primeira amostra da baciloscopia na primeira coluna e o da segunda amostra na coluna correspondente, conforme segue:

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

Neg – Negativo

NA – Não se aplica

NR – Não realizada

Data do resultado

Registre o dia, o mês e o ano da emissão do resultado da baciloscopia (ex.: 24/03/2024).

Cultura

Registre o resultado da cultura conforme segue:

Pos – Positiva

Neg – Negativa

EA – Em andamento

C – Contaminada

NR – Não realizada

LF-LAM

Registre o resultado do teste rápido de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano (LF-LAM) conforme segue:

Rg – Reagente

NRg – Não reagente

I – Inválido/indeterminado

NA – Não se aplica

NR – Não realizado

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

Observações

Registre informações não especificadas nos campos anteriores que sejam consideradas importantes.

GLOSSÁRIO

LF-LAM – teste rápido de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano

TB – Tuberculose

TRM-TB – Teste Rápido Molecular para Tuberculose

Os indicadores operacionais são ferramentas essenciais para o monitoramento e a avaliação das pessoas com sintomas respiratórios de TB. Eles permitem acompanhar a efetividade das intervenções, identificar gargalos no atendimento e subsidiar a tomada de decisão para aprimoramento dos serviços. O uso sistemático desses indicadores fortalece a vigilância da TB, contribuindo para a melhoria dos desfechos e o alcance das metas de controle da doença.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

Controle mensal da pessoa com sintoma respiratório de TB na Unidade de Saúde (cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos)

Mês/ano	Número de pessoas com sintoma respiratório de TB estimadas* (a)	Número de pessoas com sintoma respiratório de TB examinadas (b)	Proporção de pessoas com sintoma respiratório de TB examinadas ([b/a] x 100)	Número de pessoas com sintoma respiratório de TB positivas** (c)	Proporção de pessoas positivas** com sintoma respiratório de TB ([c/b] x 100)

* Para o cálculo desse número, utilize a população geral (P) da área adscrita ao serviço, distrito ou município para o ano da programação multiplicada por 0,01, considerando que o número de pessoas com sintomas respiratórios de tuberculose (SR) estimado é igual a 1% da população: P x 0,01 = _____SR.

** Positivas: pessoas com sintoma respiratório de tuberculose que tiveram exames positivos para a tuberculose ativa.

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Registro de pessoas com sintoma respiratório de tuberculose

Unidade de Saúde: _____ Município: _____ UF: _____ Ano: _____

IDENTIFICAÇÃO						EXAMES DIAGNÓSTICOS									
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo da pessoa	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo e contato	Teste rápido molecular (TRM-TB)		Baciloscopia de escarro				Cultura	LF-LAM	Rx ou tomo de tórax	Observações
						Resultado	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				
	__/__/__						__/__/__		__/__/__		__/__/__				

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**