

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

NOTA DE TRANSFERÊNCIA

UF: MATO GROSSO DO SUL MUNICÍPIO: _____

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: _____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA NASC: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO: _____

TIPO ENTRADA: () Caso Novo () Recidiva () Reingresso após Abandono
() Transferência

FORMA: () Pulmonar () Pulmonar+Extrapulmonar () Extrapulmonar _____

DIAGNÓSTICO: RX _____ PPD: _____ Baciloscopia de escarro: _____

Cultura de escarro: _____

Outros exames-listar): _____

DATA DE INÍCIO TRATAMENTO: _____ ESQUEMA: _____

DROGAS UTILIZADAS: () Rifampicina+Isoniazida () Pirazinamida

() Etambutol () Outras drogas listar: _____

BACILOSCOPIA DE CONTROLE: 2º mês _____ 4º mês _____ 6º mês _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

QUANTIDADE DE MEDICAÇÃO FORNECIDA: _____

ENDEREÇO DE DESTINO (Residencial ou do trabalho, incluindo o telefone):

AVISO DA TRANSFERÊNCIA: (UF, município, pessoa avisada, telefone, e-mail, data, etc.)

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA:

Nome legível, data e assinatura.