



FORMULÁRIO INTERNACIONAL DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

*FORMULARIO INTERNACIONAL DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS
INTERNATIONAL TRANSFER FORM OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN TREATMENT*

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE / IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS / IDENTIFICATION OF TUBERCULOSIS PATIENT IN TREATMENT

NOME E SOBRENOME / *NOMBRE Y APELLIDOS* / *FULL NAME*:

IDADE / *EDAD* / *AGE*:..... SEXO / *SEXO* / *GENDER*:.....

DATA DE NASCIMENTO / *FECHA DE NACIMIENTO* / *BIRTHDAY*:.....

NÚMERO DA IDENTIDADE ou PASSAPORTE / *CECULA DE IDENTIDAD o DNI* / *IDENTIFICATION or PASSPORT NUMBER*:.....

NOME DA MÃE / *NOMBRE DE LA MADRE* / *MOTHER'S NAME*:

NACIONALIDADE / *NACIONALIDAD* / *NATIONALITY*:.....

IDIOMA / *IDIOMA QUE HABLA* / *MOTHER LANGUAGE*:.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL / DOMICILIO / HOME ADDRESS	ORIGEM / LUGAR DE ORIGEN / ORIGIN	DESTINO / LUGAR DE DESTINO / DESTINATION
ENDEREÇO COMPLETO / <i>NOMBRE CALLE Y N° (REFERENCIA)</i> / <i>FULL ADDRESS</i>		
CIDADE E UF / <i>COMUNA O DISTRITO, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO</i> / <i>CITY AND STATE</i>		
N° DE TELEFONE / <i>N° DE TELÉFONO</i> / <i>PHONE NUMBER</i>		
PAÍS / <i>COUNTRY</i>		
CONTATO DE EMERGÊNCIA (NOME E TELEFONE) / <i>CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y TELÉFONO)</i> / <i>EMERGENCY CONTACT (NAME AND PHONE NUMBER)</i>		

2. HISTÓRIA DE DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE TUBERCULOSE / ANTECEDENTES DIAGNOSTICO DEL EPISODIO ACTUAL DE TBC / HISTORY OF PREVIOUS TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

DATA DO DIAGNÓSTICO / FECHA DE DIAGNÓSTICO / DATE OF DIAGNOSIS :.....

FORMA CLÍNICA / FORMA CLINICA / CLINICAL FORM:

PULMONAR / PULMONARY:.....

EXTRAPULMONAR / EXTRAPULMONARY:.....

PULMONAR + EXTRAPULMONAR / PULMONARY + EXTRAPULMONARY:.....

HISTÓRIA DE TRATAMENTO PRÉVIO / HISTORIA DE TRATAMIENTO PREVIO / HISTORY OF PREVIOUS TREATMENT:

TRATAMENTO PRÉVIO / TRATAMIENTO PREVIO / HISTORY OF PREVIOUS TREATMENT		SIM / SI / YES	NÃO / NO
CASO NOVO / PACIENTE NUEVO / NEW CASE			
CASO DE RETRATAMENTO / PACIENTE PREVIAMENTE TRATADO / RETREATMENT CASE	RECIDIVA / PACIENTE CON RECAÍDA / RELAPSE		
	FALÊNCIA / PACIENTE CON TRATAMIENTO DESPUÉS DE FRACASO / FAILURE		
	REINGRESSO APÓS ABANDONO / PACIENTE CON TRATAMIENTO DESPUÉS DE PÉRDIDA AL SEGUIMIENTO / AFTER DEFAULT		
	OUTRO CASO DE RETRATAMENTO (ESPECIFICAR) / OTRO PACIENTE PREVIAMENTE TRATADOS / OTHER RETREATMENT CASE		
PACIENTE COM HISTÓRIA DESCONHECIDA DE TRATAMENTOS PRÉVIOS POR TB / PACIENTE CON HISTORIA DESCONOCIDA DE TRATAMIENTOS PREVIOS POR TB / PATIENT WITH UNKNOWN HISTORY OF PREVIOUS TB TREATMENT			

DATA DA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS REALIZADOS / FECHA DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS REALIZADOS / DATE OF LABORATORY AND RADIOLOGICAL EXAMS:

EXAME REALIZADO / EXAMEN REALIZADO / EXAM CONDUCTED	RESULTADO / RESULTS	DATA DE REALIZAÇÃO / FECHA DE REALIZACIÓN / DATE
Baciloscopia de escarro / <i>Baciloscopía de esputo / Sputum smear microscopy</i>	() Positiva / <i>Positive</i> () Negativa / <i>Negative</i> () Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Cultura de escarro / <i>Cultivo de esputo / Culture</i>	() Positiva / <i>Positive</i> () Negativa / <i>Negative</i> () Em andamento / <i>En estudio / Waiting for result</i> () Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Radiologia / <i>Radiología / Radiology</i>	() Suspeita de TB / <i>Sospecha TB / TB Suspect</i> () Normal () Outra patologia / <i>Otra patologia / Other pathology</i> () Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Teste de sensibilidade / <i>Prueba de sensibilidad / Drug Susceptibility test</i>	() Sensível / <i>Sensible / Sensitive</i> () Resistente a Isoniazida / <i>Resistent to Isoniazide</i> () Resistente a Rifampicina / <i>Resistent to Rifampicine</i> () Resistente a outras drogas de 1ª linha / <i>Resistente a otras drogas de 1ª línea / Resistent to other 1st line drugs</i> () Em andamento / <i>En estudio / Waiting for result</i> () Não realizada / <i>No realizada / Not done</i>	
Teste Rápido Molecular / <i>Test molecular rápido / Rapid Molecular Test</i>	() MTB detectado, RIF sensível / <i>MTB detectado, RIF sensible / MTB detected, RIF sensitive</i> () MTB detectado, RIF resistente / <i>MTB detectado, RIF resistente / MTB detected, RIF resistant</i> () MTB não detectado / <i>MTB no detectado / MTB not detected</i> () MTB indeterminado / <i>MTB no determinado / MTB indefinite</i>	

NOTIFICAÇÃO / NOTIFICACIÓN / NOTIFICATION:

Sim / *Si* / *Yes*:.....

Não / *No*:.....

Data / *Fecha* / *Date*:

3. ESQUEMA DE TRATAMENTO UTILIZADO NO MOMENTO DA TRANSFERÊNCIA / ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN USO AL MOMENTO DEL TRASLADO / TREATMENT SCHEME USED WHEN TRANSFERED:

A – ESQUEMA DE TRATAMENTO ADMINISTRADO / ESQUEMA DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO / TREATMENT SCHEME ADMINISTRATED:

.....

B – DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO / FECHA INICIO TRATAMIENTO / DATE OF START OF TREATMENT:

____ / ____ / ____ (dia, mês, ano / día, mes, año / day, month, year)

C – FÁRMACOS ADMINISTRADOS / DRUGS ADMINISTRATED:

FÁRMACO / DRUG	DOSE / DOSIFICACIÓN / DOSAGE	Nº DE DOSES ADMINISTRADAS / Nº DOSIS ADMINISTRADAS / Nº OF DOSAGE ADMINISTRATED

4. REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS / REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTOS (RAM) / SIDE EFFECTS TO TREATMENT:

Sim / Si / Yes:.....

Não / No:.....

ESPECIFICAR REAÇÃO / ESPECIFICAR RAM / SPECIFY SIDE EFFECTS:.....

ESPECIFICAR FÁRMACO / SPECIFY TO WHICH DRUG:.....

5. CONDIÇÕES ASSOCIADAS / *CONDICIONES ASOCIADAS / ASSOCIATED CONDITIONS*

HEPATOPATIAS:..... <i>HEPATOPATHY</i>	DIABETES:..... <i>RENAL FAILURE</i>	TABAGISMO:..... <i>TABAQUISMO / TABAGISM</i>
SILICOSE:..... <i>SILICOSIS</i>	INSUFICIENCIA RENAL:..... <i>RENAL FAILURE</i>	
ALCOOLISMO:..... <i>ALCOHOLISMO / ALCOHOLISM</i>	USO DE DROGAS ILÍCITAS:..... <i>ADICCIÓN A DROGAS / DRUG ADCTION</i>	
COINFECÇÃO TB-HIV:..... <i>COINFECCIÓN RETROVIRAL / TB-HIV COINFECTION</i>	IMUNODEFICIÊNCIAS:..... <i>INMUNODEFICIENCIAS / IMMUNODEFICIENCY</i>	
GRAVIDEZ / <i>EMBARAZO / PREGNANCY</i> :.....		
OUTRAS / <i>OTRAS / OTHER</i> :.....		

6. DOCUMENTOS ANEXOS / *DOCUMENTOS ADJUNTOS / ATTACHED FILES*:

() RADIOGRAFIA / <i>X-RAY</i>
() CARTÃO DE CONSULTA / <i>TARJETA DE TRATAMIENTO / TREATMENT CARD</i>
() RESULTADOS DA BIOPSE / <i>INFORME BIOPSIA / BIOPSE RESULTS</i>
() RESULTADOS DO TESTE DE SENSIBILIDADE / <i>RESULTADO ESTUDIO DE SENSIBILIDAD / DST RESULTS</i>
() IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE / <i>RESULTADO ESTUDIO TIPIFICACIÓN /</i>
() PRONTUÁRIO DO PACIENTE / <i>EPICRISIS / PATIENT CHART</i>
() OUTROS (ESPECIFICAR) / <i>OTROS (SEÑALAR) / OTHER (SPECIFY)</i> :.....



7. DADOS DO PROFISSIONAL E ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA / IDENTIFICACION DE LA PERSONA E ESTABLECIMIENTO QUE TRASLADA / INFORMATION FROM PROFESSIONAL AND FACILITY OF TRANSFER

NOME / NOMBRE / NAME:

ESTABELECIMENTO / ESTABLECIMIENTO / FACILITY :.....

CARGO / OCUPATION:.....

ENDEREÇO / DIRECCION / ADDRESS:.....

TELEFONE / TELEFONO / PHONE NUMBER:

E-MAIL / CORREO ELECTRÓNICO:.....

OBSERVAÇÕES / OBSERVACIONES / OBSERVATIONS:

.....

DATA DA TRANSFERÊNCIA / FECHA DEL TRASLADO / DATE OF TRANSFER:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL / FIRMA DEL PROFESIONAL / PROFESSIONAL SIGNATURE:

.....

- **UMA CÓPIA DO FORMULÁRIO E DO PRONTUÁRIO DEVEM SER ENTREGUES AO PACIENTE / UNA COPIA DEL FORMULARIO Y DE LA TARJETA DE TRATAMIENTO DEBE SER ENTREGADA AL ENFERMO / A COPY OF THE FORM AND CHART SHOULD BE GIVEN TO PATIENT**
- **ENVIAR O FORMULÁRIO E DOCUMENTOS ANEXOS NO ITEM 6 POR VIAS OFICIAIS / ENVIAR EL FORMULARIO y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS (ITEM 6) POR VIA OFICIAL / SEND FORM AND ALL DOCUMENTS ATTACHED ON ITEM 6 SHOULD BE OFFICIALLY SENT TO THE RECIPIENT COUNTRY**
 - **ENVIAR NOTIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO / ENVIAR ACUSE DE RECIBO / SEND RECEIVE NOTICE**