



# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE



2019 Ministério da Saúde.



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – Versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose  
SRTVN 701, Via W 5 Norte, Ed. PO 700 – 6º 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)

*Organização e revisão técnica:*

Programa Nacional de Controle da Tuberculose/Devit/SVS/MS

*Diagramação:*

Sabrina Lopes

*Revisão:*

Angela Gasperin Martinazzo

*Normalização:*

Editores MS/CGDI

---

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde : Programa Nacional de Controle da Tuberculose [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

28 p.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro\\_sintomatico\\_respiratorio\\_tuberculose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro_sintomatico_respiratorio_tuberculose.pdf)

ISBN: 978-85-334-2713-6

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 2019/0093

*Título para indexação:*

Registry of respiratory symptomatic individuals in the health facility: National Tuberculosis Control Program

## Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

### Instruções de preenchimento

O registro de sintomático respiratório é um instrumento de informação, sendo de caráter confidencial as informações aqui inseridas. O registro deve ser cuidadosamente protegido contra danos e extravios. Neste livro, devem ser registrados todos os sintomáticos respiratórios identificados pelo serviço de saúde. A busca de sintomáticos respiratórios é uma atividade prioritária para o controle da tuberculose e pode ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde.

#### A. IDENTIFICAÇÃO

##### ■ Unidade de Saúde

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

##### ■ Ano

Escrever o ano com quatro dígitos (ex.: 2018).

##### ■ UF

Escrever o nome da Unidade Federada.

##### ■ Nº sequencial

Registrar o nº sequencial ou de ordem de acordo com a identificação do sintomático respiratório.

##### ■ Data de identificação do sintomático respiratório

Escrever o dia e mês de identificação do sintomático respiratório.

##### ■ Nome completo

Escrever o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

##### ■ Data de nascimento

Escrever o dia, mês e ano (ex.: 03/01/1952).

##### ■ Sexo

Escrever **M** para masculino e **F** para feminino.

##### ■ Endereço

Escrever o endereço completo, inclusive o(s) telefone(s) de contato.

#### B. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

##### ■ Baciloscopia de escarro

1ª e 2ª amostras: registrar o resultado do exame da baciloscopia para diagnóstico conforme segue:

+, ++, +++ – para as amostras positivas.

**NEG** – para as amostras negativas.

**N/Re** – para não realizado.

**Data do resultado** – escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

##### ■ Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Registrar o resultado do TRM-TB conforme segue:

**SR** – para detectável sensível à rifampicina.

**RR** – para detectável resistente à rifampicina.

**ND** – para não detectável.

**DI** – para detectável indeterminado (inconclusivo).

**N/Re** – para não realizado.

**Data do resultado** – escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

##### ■ Radiografia do tórax

Registrar o resultado da radiografia do tórax conforme segue:

**N** – para aspecto radiológico normal.

**S** – para imagem radiológica sugestiva/suspeita de tuberculose.

**SEQ** – para sequela, quando houver imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial.

**OP** – para imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa.

**N/Re** – para não realizado.

##### ■ Observações

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

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

## Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		



# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações		
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado			Data do resultado

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem						Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		



# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							Observações	
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)			Radiografia do tórax
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

## Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		



# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação					B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem								
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

# Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

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

A. Identificação						B. Resultado de exames laboratoriais e de imagem							
Nº sequencial	Data de identificação	Nome completo	Data de nascimento	Sexo	Endereço completo	Baciloscopia de escarro				Teste Rápido Molecular (TRM-TB)		Radiografia do tórax	Observações
						1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	Data do resultado	Resultado	Data do resultado		

## Controle mensal de sintomáticos respiratórios da Unidade de Saúde

Ano de referência: \_\_\_\_\_

Mês	Número de sintomáticos respiratórios estimados (a)	Número de sintomáticos respiratórios examinados (b)	Percentual de sintomáticos respiratórios examinados ([b/a] x 100)
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			
<b>Total</b>			





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



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

