



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

**CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL PARA A TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DA
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE (CRRMR-NORTE)**

FORMULÁRIO DE REFERENCIAÇÃO PARA O CRRMR-NORTE

Nome: _____ Idade: _____ Peso: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ / _____

Concelho: _____ Freguesia: _____ Telef: _____

Data da 1ª consulta: ____/____/____

Importante: a nota de alta hospitalar ou o ponto da situação do ambulatório deve acompanhar sempre o doente à 1ª
consulta no CRRMR-Norte

Enviado de: CDP/Hospital/Outro _____

Morada: _____

Telefone/Fax _____ E-mail _____

Médico Responsável pela informação: _____

Informação clínica

Forma de apresentação: _____ Nº tratamentos anteriores:

Rx. Tórax: normal não cavitada cavitada desconhecida

Produto: _____ microscopia positiva: 1ª ____/____/____; última: ____/____/____

cultura positiva: 1ª ____/____/____; última: ____/____/____

microscopia negativa: 1ª ____/____/____; última: ____/____/____

cultura negativa: 1ª ____/____/____; última: ____/____/____

Testes de sensibilidade aos antibióticos

1º TSA ___/___/___

Sensível																					
Antibiótico	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Cx	Ofx	Levo	Mox	Etio	Pt	Cs	PAS	Clz	Am+Cl	Clar	Lz	
Resistente																					

Atenção: na mesma coluna, só pode ser registada uma cruz

2º TSA ___/___/___

Sensível																					
Antibiótico	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Cx	Ofx	Levo	Mox	Etio	Pt	Cs	PAS	Clz	Am+Cl	Clar	Lz	
Resistente																					

Atenção: na mesma coluna, só pode ser registada uma cruz

3º TSA ___/___/___

Sensível																					
Antibiótico	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Cx	Ofx	Levo	Mox	Etio	Pt	Cs	PAS	Clz	Am+Cl	Clar	Lz	
Resistente																					

Atenção: na mesma coluna, só pode ser registada uma cruz

4º TSA ___/___/___

Sensível																					
Antibiótico	H	R	Z	E	S	Km	Am	Cm	Cx	Ofx	Levo	Mox	Etio	Pt	Cs	PAS	Clz	Am+Cl	Clar	Lz	
Resistente																					

Atenção: na mesma coluna, só pode ser registada uma cruz

**CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL PARA A TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DA
REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE (CRRMR-NORTE)**

Esquema terapêutico inicial: ____ / ____ / ____

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Esquema terapêutico em curso: ____ / ____ / ____

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

TB MR: revisão do esquema terapêutico pelo CRRMR-NORTE: ____ / ____ / ____

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

TB MR: revisão do esquema terapêutico pelo CRRMR-NORTE: ____ / ____ / ____

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário

Medicamento	Dose/dia	Tomas/dia	Horário