

Programa de Luta contra a Tuberculose

Rastreo de contactos – Registo de dados individuais

Instruções de preenchimento

O presente suporte de informação deve ser preenchido sempre que é efectuado rastreo de contactos na sequência da ocorrência de um caso de tuberculose, devendo a informação ser posteriormente transcrita para o Modelo 4 PNT-RN (“Caso Índice – Registo de Contactos”).

O preenchimento do suporte deve ser feito em letra legível, para que a transcrição da informação para outro modelo possa ser feita por outra pessoa, se for necessário.

Depois da identificação do Agrupamento de Centros de Saúde e do Centro de Diagnóstico Pneumológico/Centro de Saúde, deve ser anotada informação sobre o caso índice nomeadamente o nome, data de diagnóstico da doença e número de processo clínico atribuído no CDP/CS.

Da identificação do contacto a rastrear consta o nome, data de nascimento, morada e contacto telefónico. A informação sobre a morada e contacto telefónico deve ser de tal ordem que permita ao profissional de saúde contactar o utente após a primeira avaliação.

Os registos do Boletim Individual de Saúde devem ser transcritos para a tabela respectiva, com data de aplicação da vacina BCG, data e respectiva leitura do teste de Mantoux e data de verificação da cicatriz vacinal. Sempre que não existam registos, deve ser anotado “*não consta*”.

Na caracterização do tipo de contacto, nomeadamente no que se refere à relação com o caso índice, deve ser assinalado o grau de parentesco ou de relacionamento com o caso índice. O tempo de contacto reporta-se aos três meses anteriores ao diagnóstico ou sintomas do caso índice e deve ser calculado, de forma aproximada, em horas. Deve ser feita uma breve caracterização do local onde ocorreu o contacto, em termos de área e ventilação.

Deve ser feita uma pesquisa da ocorrência de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose, devendo os mesmos ser anotados, com indicação da data a que se reportam.

Deve ser feita pesquisa da existência das patologias referidas no modelo, podendo ser anotada a existência de qualquer outra patologia importante, que haja ou não risco acrescido de tuberculose.

Deve também ser anotada a medicação que o indivíduo estava a fazer nos seis meses que antecederam o rastreo, nomeadamente a que vem referida no modelo.

Deve ser inquirida a existência dos factores de risco que constam no modelo, bem como de qualquer outra situação que o profissional de saúde entenda que deve acrescentar.

Na informação sobre a avaliação actual há espaço para registar os resultados da avaliação inicial e da avaliação efectuada três meses depois, nos casos em que haja indicação para repetir o rastreo. Se alguma das provas não for efectuada deve ser anotado “*não efectuado*”.

Na informação sobre a decisão médica deve ser feita a anotação sobre a decisão que decorreu do rastreo inicial e do segundo rastreo, nas situações em que tal se aplique. Se houver lugar a tratamento de tuberculose latente ou doença, deve ser anotado o número do processo atribuído.

Finalmente, o profissional que faz os registos deve anotar o seu nome e categoria profissional.

De forma a facilitar a posterior análise da informação, e para além de outras formas de arquivo que sejam prática no serviço de saúde, deve um exemplar deste modelo ser arquivo em pasta própria.