



Ministério da Saúde

ARS NORTE  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.Programa de Luta contra a Tuberculose  
Rastreo de contactos - Registo de dados individuais

ACES: \_\_\_\_\_ CDP/CS: \_\_\_\_\_

**Informação sobre o caso índice:**

Nome do caso índice: \_\_\_\_\_

Data diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Processo CDP N.º \_\_\_\_\_

**Informação sobre o contacto:****Identificação**

Nome do contacto: \_\_\_\_\_

Data nascimento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

**Registos do Boletim Individual de Saúde:**

BCG	Mantoux		Cicatriz	Observações
Data de aplicação	Data	Resultado	Data de verificação	

**Tipo de contacto**

Relação com caso índice	Tempo de contacto (últimos 3 meses)	Características do local de contacto
Familiar <input type="checkbox"/>		
Amigo <input type="checkbox"/>		
Colega/trabalho <input type="checkbox"/>		
Cohabitante <input type="checkbox"/>		
Outro <input type="checkbox"/>		

**Sintomas**

Tosse		Febre		Expectoração		Perda de peso		Hipersudorese	
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Data: _____		Data: _____		Data: _____		Data: _____		Data: _____	

**Patologia associada**

Diabetes  Neoplasia  Insuficiência renal  VIH positivo  TB anterior   
 HVB/HVC  Outra  Especificar: \_\_\_\_\_

**Medicação**

Corticóides  Quimioterapia  Radioterapia  Outra   
 Especificar: \_\_\_\_\_

**Factores de risco**

Alcoolismo  Toxicodependência  Sem Abrigo  Recluso  Emigrante   
 Residência Comunitária  Outra  Especificar: \_\_\_\_\_

**Avaliação**

Tipo	Data	Mantoux	Rx	Baciloscopia	VIH	Quantiferão	Destino
1ª							
Seguinte							
Observações							

**Decisão:**

Data	Decisão	Processo CDP N.º

Registo efectuado por: \_\_\_\_\_ Categoria profissional \_\_\_\_\_