

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica
Divisão de TUBERCULOSE



Internação em TB

INTERNAÇÃO EM TUBERCULOSE

- **O tratamento será desenvolvido sob regime ambulatorial, diretamente observado (TDO).**

INTERNAÇÃO EM TUBERCULOSE

- O período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível, se limitando ao tempo suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação.
- As orientações de biossegurança devem ser observadas.
- Na alta o paciente deve ser referenciado para sua referencia mais próxima de sua casa com o relatório médico de internação.

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- **Meningoencefalite Tuberculose,**
- **Intolerância medicamentos antiTB
incontrolável a nível ambulatorial,**
- **Estado geral que não permite tratamento
em ambulatório.**

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas relacionadas ou não a tuberculose que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar;
- Casos de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multiresistência.

Orientação para solicitação de vaga na Central

- Impressos preenchidos :
- Ficha de Central de Regulação de Leitos de Tuberculose devidamente preenchida. Colocar nome e telefone de contato
- Laudo Médico para emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) devidamente preenchido com carimbo e assinatura do médico;
- Relatório Social com todos os esclarecimentos possíveis sobre a situação social do paciente, como: condições de moradia, vínculo familiar e empregatício ou qualquer outra informação que se julgue pertinente;
- Resultado do Exame de BK (Escarro) mesmo em caso de resultado negativo;

Impressos para internação

Laudo para AIH – Autorização de Internação Hospitalar

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES	
Identificação do Paciente						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
				/ /		Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO	
						DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
						16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE						31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
						/ /	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ EMPRESA				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNAE DA EMPRESA	
						41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						43 - Nº DO BILHETE	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO				46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /							

Impressos para internação

Guia de Saída Hospitalar



GUIA DE SAÍDA HOSPITALAR

Divisão de Tuberculose-CVE-Tel/Fax-11-3082.2772 / 11-3066.8291 / altashosp@cve.saude.sp.gov.br

Hospital :

Ao Serviço de Saúde que encaminhou:

Endereço Completo:

Telefone DDD:

Responsável no Serviço de Saúde:

Nome Completo Paciente:

Data Nascimento:

Nome Completo Mãe:

Endereço Completo:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Telefone DDD:

Data de Início do Tratamento:

Resumo da Internação Atual: Vaga N°

Prontuário N°

Internação em:

Data da Alta:

Diagnóstico :

Exames Realizados

Teste Sensibilidade (S=Sensível / R=Resistente)

Data	BK	Cultura	HIV	R	H	Z	S	E

Outros Exames Realizados:

Tratamentos Realizados: (Data/Período)

EI :

EII :

EIR :

EIII :

MDR:

Intercorrências: -.

Motivo da Alta:

Tipo de Alta

Data da Saída:

Local:

Médico: CRM:

Óbito: TB:

NÃO TB:



Impressos para internação

Relatório de Internação TB

1. DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE :		
UNIDADE :		
ENDEREÇO :	MUNICÍPIO :	
FONE :		
MÉDICO :	CRM :	
FUNCIONÁRIO :	DATA :	
2. DADOS DA PACIENTE :		
NOME :		
DATA NASCIMENTO :	/ /	IDADE : SEXO : M () F ()
MÃE :		
ENDEREÇO :		
BAIRRO :		MUNICÍPIO :
TELEFONE PARA CONTATO :	RES. : _____	CEL. : _____
	COM. : _____	RECADOS : _____
ORIGEM :	DOMICILIAR () ATENDIMENTO AMBULATORIAL () INTERNAÇÃO HOSPITALAR ()	
3. RESUMO CLÍNICO		
* FORMA CLÍNICA :		
PULMONAR ()	ÓSSEA ()	OUTRAS : _____
PLEURAL ()	VIAS URINÁRIAS ()	_____
GANGLIONAR ()	MENÍNGEA ()	_____
* CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO :		
BAAR ESCARRO ()	HISTOPATOLÓGICO/BIOPSIA ()	CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO ()
BAAR OUTRO MATERIAL ()	LIQUOR ()	OUTROS EXAMES ()
CULTURA ()	RAIO X ()	SEM INFORMAÇÃO ()
* ANTI-HIV/SOROLOGIA :		
POSITIVA ()	EM ANDAMENTO ()	SEM INFORMAÇÃO ()
NEGATIVA ()	NÃO REALIZADA ()	
* TRATAMENTO :		
NÃO ()	SIM ()	
DATA DO INÍCIO : ____ / ____ / ____		
RIFAMPICINA ()	ESTREPTOMICINA ()	PIRAZINAMIDA ()
ISONIAZIDA ()	ETAMBUTOL ()	ETIONAMIDA ()
OUTRAS : _____		
4. MOTIVOS DA SOLICITAÇÃO DA INTERNAÇÃO :		
INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA ()	FALENCIA MEDICAMENTOSA ()	
GESTANTE ()	AIDS ()	
HEMOPTISE ()	ETILISMO ()	
MILIAR ()	PATOLOGIAS MENTAIS ()	
ABCESSO ()	CAUSAS SOCIAIS ()	
DIABETE MELLITUS ()	NÃO ADESAO AO TRATAMENTO ()	
CAQUEXIA ()	SEM INFORMAÇÕES ()	
INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA ()	OUTROS : _____	
5. CONCLUSÃO :		
() ACEITO	() VAGA NÃO CONSEGUIDA	
() CANCELADA	() NÃO PERTINENTE	
HOSPITAL :	CÓDIGO :	
ENFERMARIA/LEITO :	DATA : ____ / ____ / ____	
AUTORIZADO POR :	HORA :	
6. FECHAMENTO DA FICHA :		
DATA DA ALTA : ____ / ____ / ____	MOTIVO :	
BK :	ÓBITO :	

Central de Vagas

- **Central de Vagas de Regulação do DRS Taubaté:**
Fone: (12) 3631-8007 / 3622-2599

- **Central de Vaga do Hospital Nestor Goulart Reis :**
Fone: (16) 3392-1067 / 3392-1914 R. 250

Central de Vagas

- A unidade solicitante deve ainda esclarecer ao paciente sobre sua doença, sobre o tempo de internação que pode chegar até 6 meses e o local (Campos de Jordão), pois o mesmo deve estar consciente da necessidade de sua internação e estar de acordo com tal procedimento.

Central de Vagas

- É importante ainda que a unidade solicitante coloque um telefone para contato e o nome da pessoa responsável pela solicitação para que a Central de Regulação de Taubaté possa dar o retorno de sua solicitação assim que o leito for liberado num prazo que varia de 48 horas a 5 dias úteis dependendo da quantidade de solicitações.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica
Divisão de TUBERCULOSE

Coordenadora do Programa de Controle da TB do Estado de São Paulo

Vera M^a Neder Galesi – médica

Equipe Técnica

Laedi Alves R. Santos – médica

*M^a Josefa Penon Rujula (Pepita) –
médica*

M^a de Lourdes V. Oliveira – médica

Necha Goldgrub – médica

Sidney Bombarda – médico

Zelita Lelis M. Barbosa – médica

Andrea Mathias Losacco – enfermeira

Adalgiza R. Guarnier – Assistente Social

Edméa Costa Pereira – médica

M^a Cecília Vieira Santos – enfermeira

M^a Ivone P. S. Braz – enfermeira

Suely Fukasava – enfermeira

Consultores Técnicos

Ricardo da C. Barbosa – fisioterapeuta

Valdir de Souza Pinto – fisioterapeuta

Equipe de Apoio

Eugênia Ap. de Oliveira

Mariliza Locatelli Fernandes

Vera Lúcia A. do Nascimento



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica
Divisão de TUBERCULOSE

Homepage:

[www. http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html)

E-mail:

dvtbc@saude.sp.gov.br

Telefone: (11) 3066-8764

Telefax: (11) 3066-8291 • 3082-2772

Iniciativa apoiada pelo



CVE Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

