

# **Notificação de Tuberculose no Sentinela**



**EVDT/DVS/SMS**

**Porto Alegre, junho/24**



Prefeitura de  
Porto Alegre

Nome de usuário ou e-mail



Senha



entrar

desenvolvimento **procempa**

<https://sentinela.procempa.com.br>

Login: xxxxxxxx

Senha: xxxxxxxx

Mesmo login e  
senha do webmail



Clicar em Doenças Transmissíveis → Nova Notificação

Nova Notificação → digitar  
Tuberculose → Aparecerão os  
possíveis CIDs para selecionar.

**NOTIFICAÇÕES** DASHBOARDS 

 PESQUISAR **+ NOVA NOTIFICAÇÃO**

Diagnóstico

Descrição ou código CID

CANCELAR PREENCHER FICHA

- Os CIDs de Tuberculose serão convertidos automaticamente em A16.9, o mesmo convencionado na ficha física.

Preencher diagnóstico → clicar em preencher ficha.

NOTIFICAÇÕES

DASHBOARDS

Q PESQUISAR

NOVA NOTIFICAÇÃO

Diagnóstico

tuberculose Respiratória com Confirmação Bacteriológica e Histológica

Ficha associada

a16.9 Tuberculose

DEFINIÇÃO DE CASO

CRITÉRIO LABOTORIA: É todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: É todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

CANCELAR

PREENCHER FICHA

A15 | Tuberculose Respiratória com Confirmação Bacteriológica e Histológica

1. Tipo de notificação	2. Agravado/doença   cid 10	3. Notificação (obrigatório)
2. Individual	Tuberculose   a16.9	24/05/2024
4. UF	5. Município da notificação   IBGE	6. Unidade de saúde   código CNES (obrigatório)
		7. Diagnóstico (obrigatório)

## NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Pesquisar paciente

Documento do paciente

X LIMPAR

Q PESQUISAR

PESSOA

NASCIMENTO

MÃE

NATURALIDADE

24/10/1998

Vanessa de Oliveira

Sem informação

Preencher código CNES do estabelecimento  
**ATENÇÃO:** Não esquecer de clicar em cima do  
nome do estabelecimento quando aparecer no  
campo

## Preencher data de diagnóstico

Digitar CPF ou CNS do paciente →  
 pesquisar

Se for o paciente correto, selecionar e iniciar a notificação

## NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

[ALTERAR](#)

8. Nome do paciente

Nome social

9. Nascimento

10. Idade

11. Sexo

12. Raça/cor

24/10/1998

25 anos, 2 meses, 9 dias

1. Branca

Dado no CadSUS: BRANCA

13. Gestante (obrigatório)

14. Escolaridade (obrigatório)

selecione

selecione

15. Número do cartão SUS

16. Nome da mãe

706707542413411

Vanessa de Oliveira Callero

Preencher os dados do paciente:

Nome social, caso haja

Conferir raça/cor

Preencher escolaridade

Se é gestante

## DADOS DE RESIDÊNCIA

[INFORMAR DADOS ATUALIZADOS](#)

Dados fornecidos pelo cadastro nacional de saúde (Cadsus), atualizados em 27/01/2022

17. UF

18. Município da residência | código IBGE

19. Distrito de saúde

RS

Porto Alegre | 431490

selecione

20. Bairro

21. Logradouro (rua, avenida)

22. Número

Passo da Areia

Rio Grande

312

23. Complemento

26. Ponto de referência

27. CEP

AP 01

91321-477

28. Telefone

29. Zona

30. País

(51) 9810-58395

selecione

Brasil

E-mail

Verificar se o endereço localizado pelo CADSUS está atualizado.

Essa informação é MUITO importante para o acompanhamento do caso e busca dos contatos!

## DADOS COMPLEMENTARES

31. Numero prontuario

Especifique

32. Tipo De Entrada (obrigatório)

☐ 1. Caso Novo ☐ 2. Recidiva ☐ 3. Reingresso Após Abandono ☐ 4. Não Sabe ☐ 5. Transferência ☐ 6. Pós-óbito

33. Populações Especiais (obrigatório)

População Privada de Liberdade ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

Profissional de Saúde ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

População em Situação de Rua ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

Imigrante ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

34. Beneficiário de programa de transferência de renda do governo (obrigatório)

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

35. Forma (obrigatório)

☐ 1. Pulmonar ☐ 2. Extrapulmonar ☐ 3. Pulmonar + Extrapulmonar

37. Doenças e Agravos Associados (obrigatório)

Hiv ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Drogas Ilícitas ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Alcoolismo ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Diabetes ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Tabagismo ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Doença Mental ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Outros ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

**1 - Caso novo:** sem diagnóstico prévio ou com interrupção de tratamento inferior a 30 dias;

**2 - Recidiva:** tratou anteriormente e obteve cura;

**3 - Reingresso após abandono:** interrupção do tratamento por tempo superior a 30 dias;

**4 - Não sabe:** paciente não sabe ou não há informações no sistema;

**5 - Transferência:** Mudança do serviço que estava acompanhando o paciente, sem interrupção do tratamento

**6 - Pós-óbito:** Não há notificação prévia e o caso foi identificado após a morte do paciente;



34. Beneficiário de programa de transferência de renda do governo (obrigatório)

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

35. Forma (obrigatório)

☐ 1. Pulmonar ☐ 2. Extrapulmonar ☐ 3. Pulmonar + Extrapulmonar

37. Doenças e Agravos Associados (obrigatório)

Hiv ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Drogas Ilícitas ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Alcoolismo ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Diabetes ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Tabagismo ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Doença Mental ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Outros ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Especifique

38. Bacilo scopia de Escarro (diagnóstico) (obrigatório)

☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. Não Realizada ☐ 4. Não se aplica

39. Radiografia do Tórax (obrigatório)

☐ 1. Suspeito ☐ 2. Normal ☐ 3. Outra Patologia ☐ 4. Não Realizado

40. HIV (obrigatório)

☐ 1. Positivo ☐ 2. Negativo ☐ 3. Em Andamento ☐ 4. Não Realizado

36. Extrapulmonar (obrigatório)

☐ 1. Pleural ☐ 2. Gang. Perif. ☐ 3. Geniturinária ☐ 4. Óssea ☐ 5. Ocular ☐ 6. Miliar ☐ 7. Meningoencefálico  
☐ 8. Cutânea ☐ 9. Laringea ☐ 10. Outra (especificar)

Se positivo  
para HIV

41. Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB (obrigatório)

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 9. Ignorado

A testagem do HIV faz parte da investigação/tratamento de Tuberculose.

42. Histopatologia (obrigatório)

- ☐ 1. Baar Positivo   ☐ 2. Sugestivo de TB   ☐ 3. Não Sugestivo de TB   ☐ 4. Em Andamento  
☐ 5. Não Realizado

43. Cultura (obrigatório)

- ☐ 1. Positivo   ☐ 2. Negativo   ☐ 3. Em Andamento   ☐ 4. Não Realizado

44. Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) (obrigatório)

- ☐ 1. Detectável sensível à Rifampicina   ☐ 2. Detectável Resistente à Rifampicina  
☐ 3. Não Detectável   ☐ 4. Inconclusivo   ☐ 5. Não Realizado

Se cultura positiva, aparecerá o campo de teste de sensibilidade.

45. Teste de Sensibilidade (obrigatório)

- ☐ 1. Resistente somente à Isoniazida   ☐ 2. Resistente somente à Rifampicina   ☐ 3. Resistente à Isoniazida e Rifampicina  
☒ 4. Resistente a outras drogas de 1ª linha   ☐ 5. Sensível   ☐ 6. Em Andamento   ☐ 7. Não Realizado

46. Data de Início do Tratamento Atual (obrigatório)

\_\_/\_\_/\_\_



47. Total de Contatos Identificados (obrigatório)

Especifique

INVESTIGADOR

Município

Porto Alegre | 431490

Unidade de saúde

Nome (obrigatório)

Nome ou CPF do profissional

Função

Selecione



◀ VOLTAR

 NOTIFICAR

Ao finalizar o preenchimento da ficha:  
**CLICAR EM NOTIFICAR NO CANTO  
SUPERIOR DIREITO DA PÁGINA**

 NOTIFICAR



# Tutorial Sistema Sentinela

## Notificações de Tuberculose

Unidade de Vigilância Epidemiológica  
Diretoria de Vigilância em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Maio/2024

