



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA
(MCR) APÓS PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS

Dados Gerais	1 Notificador () Profissional de saúde () CCIH () CECIH () paciente/Informante () Outros _____	2 Data da Notificação		
	3 Município da Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravado MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA - MCF	6 Data dos Primeiros Sintomas		
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ign	
	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe	
	15 Doenças pre-existentis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado () Diabetes () Imunossuprimido () Renal crônico () Outras _____			
Dados da instituição do procedimento realizado	16 Nome da instituição que realizou o procedimento	17 CNES ou CNPJ		
	18 Logradouro (rua, avenida,...)	19 Número	20 Bairro	
	21 Município de localização da instituição	22 Código (IBGE)	23 UF	24 (DDD) Telefone
	25 Procedimento realizado	26 Via de acesso () Mdeocirurgia () Convencional () outros _____	27 Data do procedimento	
	Dados Complementares do Caso			

Clínica e laboratório	28 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre - Temperatura _____ °C <input type="checkbox"/> Edema (inchaço) <input type="checkbox"/> Hiperemia (vermelhidão) <input type="checkbox"/> Vesículas (bolhas) <input type="checkbox"/> Hipertermia (calor) <input type="checkbox"/> Nódulos (tumorações)	<input type="checkbox"/> Fistulização (drenagem) <input type="checkbox"/> Secreção (serosa - piosanguinolenta) <input type="checkbox"/> Difícil cicatrização		
	29 Coletada amostra clínica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	30 Tipo de coleta? 1 - Secreção 2 - Biópsia	31 Exame realizado () Bacterioscopia () PCR () Cultura () Histopatológico 1-Sim 2-Não 9-Ign	
Tratamento	32 Data da coleta da amostra	33 MCR identificado na amostra 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Se sim, qual MCR?	35
	36 Tratamento iniciado? 1-Sim 2-Não 9-Ign <input type="checkbox"/>	37 Data do início tratamento	38 Antibióticos 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	
Processamento	39 Os materiais de videocirurgias são reprocessados? 1-Sim 2-Não 9-Ign <input type="checkbox"/>	40 O reprocessamento é realizado no: 1-CME* da própria instituição 2-Dentro do bloco cirúrgico da instituição 3-CME terceirizada	41 Existem registros do processo? 1-Sim 2-Não 9-Ign <input type="checkbox"/>	
	42 Qual(is) método(s) utilizado(s)? 1-Sim 2-Não 9-Ign	<input type="checkbox"/> Autoclavação <input type="checkbox"/> Óxido de Etileno	<input type="checkbox"/> Glutaraldeído <input type="checkbox"/> Ácido Peracético	<input type="checkbox"/> Plasma de Peróxido de hidrogênio <input type="checkbox"/> Outro _____
	43 O instrumental de vídeo é exclusivo da instituição? 1-Sim 2-Não 9-Ign <input type="checkbox"/>	44 Número médio do procedimento por mês	45 Este caso foi notificado antes para: () Vigil. Sanitária () CCIH** da instituição () Vigilância epidemiológica	
Conclusão	46 Evolução 1 - Cura 3 - Melhorado 2 - Óbito 4 - em Tratamento 9 - Ignorado	47 Classificação final do caso 1 - Confirmado por laboratório 2 - Confirmado por clínica 3 - Confirmado por vínculo epidemiológico 4 - Confirmado pelos critérios (1, 2, 3) 5 - Descartado 6 - Em andamento		

Observações:

*CME- Central de Material Esterelizados

**CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Investigador	49 Nome	50 Função