FICHA B - TB	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO ____

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO PROFISSIONAL: (45)
_____	___	_____	____	___	

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome			Data da visita do profissional													Nº de Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
Nome			Data da visita do profissional													Nº de Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
Nome			Data da visita do profissional													Nº de Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														