

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-existent 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 () Videocirurgia () Convencional () Outros _____		27 Data do procedimento ____/____/____
Dados Complementares do Caso		
Clínica e laboratório	28 Sinais e Sintomas ☐ Febre - Temperatura ____ °C ☐ Edema (inchaço) ☐ Fistulização (drenagem) 1 - Sim ☐ Hiperemia (vermelhidão) ☐ Vesículas (bolhas) ☐ Secreção (serosa - piosanguinolenta) 2 - Não ☐ Hipertermia (calor) ☐ Nódulos (tumorações) ☐ Difícil cicatrização 9 - Ignorado	
	29 Coletada amostra clínica? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	30 Tipo de coleta? ☐ 1 - Secreção 2 - Biópsia
	31 Exame realizado ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ign () Bacterioscopia () PCR () Cultura () Histopatológico	
Tratamento	32 Data da coleta da amostra ____/____/____	33 MCR identificado na amostra 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐
	34 Se sim, qual MCR? ☐	
Processamento	35	36 Tratamento iniciado? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ign
	37 Data do início tratamento ____/____/____	38 Antibióticos 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
	39 Os materiais de videocirurgias são reprocessados? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ign	40 O reprocessamento é realizado no: 1-CME* da própria instituição ☐ 2-Dentro do bloco cirúrgico da instituição ☐ 3-CME terceirizada ☐
Conclusão	41 Existem registros do processo? 1-Sim 2-Não 9-Ign ☐	42 Qual(is) método(s) utilizado(s)? 1-Sim 2-Não 9-Ign ☐ ☐ Autoclavação ☐ Glutaraldeído ☐ Plasma de Peróxido de hidrogênio ☐ Óxido de Etileno ☐ Ácido Peracético ☐ Outro _____
	43 O instrumental de vídeo é exclusivo da instituição? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ign	44 Número médio do procedimento por mês ☐
	45 Este caso foi notificado antes para: () Vigil. Sanitária () CCIH** da instituição () Vigilância epidemiológica	
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: _____ _____ _____		
Investigador	*CME- Central de Material Esterelizados **CCIH- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	
	49 Nome	50 Função