

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 referência 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

ISUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº LOCALIDADE	
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 ( ) CNS ( ) CPF			
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			
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
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

<b>1. DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE :</b>		
UNIDADE :		
ENDERECO :	MUNICÍPIO :	
FONE :		
MÉDICO :	CRM :	
FUNCIONARIO :	DATA :	
<b>2. DADOS DA PACIENTE :</b>		
NOME :		
DATA NASCIMENTO :	/ /	IDADE : SEXO : M ( ) F ( )
MÃE :		
ENDERECO :		
BAIRRO :		MUNICÍPIO :
TELEFONE PARA CONTATO :	RES. : _____	CEL. : _____
	COM. : _____	RECADOS : _____
ORIGEM :	DOMICILIAR ( ) ATENDIMENTO AMBULATORIAL ( ) INTERNAÇÃO HOSPITALAR ( )	
<b>3. RESUMO CLÍNICO</b>		
<b>* FORMA CLÍNICA :</b>		
PULMONAR ( )	ÓSSEA ( )	OUTRAS : _____
PLEURAL ( )	VIAS URINÁRIAS ( )	_____
GANGLIONAR ( )	MENÍNGEA ( )	_____
<b>* CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO :</b>		
BAAR ESCARRO ( )	HISTOPATOLÓGICO/BIOPSIA ( )	CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO ( )
BAAR OUTRO MATERIAL ( )	LIQUOR ( )	OUTROS EXAMES ( )
CULTURA ( )	RAIO X ( )	SEM INFORMAÇÃO ( )
<b>* ANTI-HIV/SOROLOGIA :</b>		
POSITIVA ( )	EM ANDAMENTO ( )	SEM INFORMAÇÃO ( )
NEGATIVA ( )	NÃO REALIZADA ( )	
<b>* TRATAMENTO :</b>		
NÃO ( )	SIM ( )	
DATA DO INÍCIO : ____ / ____ / ____		
RIFAMPICINA ( )	ESTREPTOMICINA ( )	PIRAZINAMIDA ( )
ISONIAZIDA ( )	ETAMBUTOL ( )	ETIONAMIDA ( )
OUTRAS : _____		
<b>4. MOTIVOS DA SOLICITAÇÃO DA INTERNAÇÃO :</b>		
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 : _____	
<b>5. CONCLUSÃO :</b>		
( ) ACEITO	( ) VAGA NÃO CONSEGUIDA	
( ) CANCELADA	( ) NÃO PERTINENTE	
HOSPITAL :	CÓDIGO :	
ENFERMARIA/LEITO :	DATA : ____ / ____ / ____	
AUTORIZADO POR :	HORA :	
<b>6. FECHAMENTO DA FICHA :</b>		
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<sup>a</sup> Neder Galesi – médica*

**Equipe Técnica**

*Laedi Alves R. Santos – médica*

*M<sup>a</sup> Josefa Penon Rujula (Pepita) –  
médica*

*M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Cecília Vieira Santos – enfermeira*

*M<sup>a</sup> 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](mailto: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"

