

**Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional
de Agentes Respiratórios em Crianças**

FICHA CLÍNICA - PARTICIPANTE AMBULATORIAL (URTB)

Questionário 0 - Elegibilidade e consentimento - Ambulatório (URTB)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Se qualquer item for assinalado como NÃO, o participante não é elegível e sua inclusão deve ser descontinuada

Idade a partir de 6 meses e menor de 15 anos?

Não ☐ Sim ☐

Quadro clínico suspeito de tuberculose (TB) pulmonar e/ou presença de radiografia de tórax (referente ao episódio que motivou a consulta) compatível com TB intratorácica, exceto se alterações exclusivamente pleurais?

Não ☐ Sim ☐

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Se qualquer item for assinalado como SIM no momento da inclusão, o participante não é elegível e sua inclusão deve ser descontinuada

Impedimento conhecido para coleta de secreção respiratória?

Não ☐ Sim ☐

História prévia de tratamento de TB ativa?

Não ☐ Sim ☐

Em tratamento para TB ativa por mais de 72 horas no momento em que as amostras de secreção respiratória serão coletadas?

Não ☐ Sim ☐

Presença de traqueostomia?

Não ☐ Sim ☐

TCLE/TALE

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aplicado aos pais ou responsáveis legais da criança/adolescente?

Não ☐ → Encerrar participação no estudo

Sim ☐ → Data da aplicação do TCLE: ____/____/____

O responsável legal consentiu com a realização de todos os procedimentos descritos?

Não ☐ → Encerrar participação no estudo

Sim ☐

O responsável legal consentiu com o armazenamento de escarro/catarro processado em biorrepositório para futuras análises que envolvam resistência aos medicamentos usados para tratamento de TB e sequenciamento genético?

Não ☐ Sim ☐

Nome do profissional responsável pela aplicação do TCLE: _____

Participante com mais de 6 anos de idade e capacidade de compreensão adequada?

Não ☐

Sim ☐ → Aplicar termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)

Nome do profissional responsável pela aplicação do TALE:

Não se aplica ☐

Mesmo que aplicou TCLE ☐

Outro profissional ☐ → Nome _____

Observações: _____

Questionário 0 - Record ID

Identificação do participante _____ - _____ → O número de identificação (Record ID) será atribuído automaticamente pelo REDCap no momento do cadastro do participante. Preencha esse campo após incluir os dados do participante na plataforma. Completar com o número gerado no REDCap mesmo que o participante não continue no estudo.

Cole aqui a etiqueta do participante*:

ATENÇÃO: Este mesmo cabeçalho deverá ser preenchido pela equipe assistencial na FICHA LABORATORIAL - PARTICIPANTE AMBULATORIAL (Primeira página)

*Caso o paciente seja **inelegível**, deixar o campo vazio.

Data da verificação de elegibilidade: ____/____/____

Questionário 1 - Dados de identificação e contato

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome completo: _____

Número do prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CPF _____._____._____ - ____ (caso não possua, deixar campo em branco)

Sexo ao nascimento: Masculino ☒ Feminino ☐

Raça/cor (declarado pelo responsável legal):

Branco(a) ☐ Preto(a) ☐ Amarelo(a) ☐ Pardo(a) ☐ Indígena ☐ Não sabe informar ☐

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL *Definição de responsável legal: Os pais são os responsáveis, mas no caso de menores de idade sem pais que assumam esta condição, têm-se o tutor designado em juízo (“guarda legal” documentada).

Nome completo do(a) responsável legal: _____

Qual a relação familiar do responsável legal com o participante?

Mãe ☐ Pai ☐ Avó/avô ☐ Tio/tia ☐ Irmão/irmã ☐ Outro ☐ → Descreva a relação do responsável legal com o participante do estudo: _____

Idade do responsável legal: _____

Escolaridade do responsável legal:

Analfabeto(a) ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐

Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐

Ensino superior completo ☐ Não sabe informar ☐

DADOS DE CONTATO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Telefones para contato com o responsável legal (com DDD) (obrigatório ao menos um telefone)

() _____ () _____

E-mail do responsável legal: _____

OUTRAS PESSOAS PARA CONTATO

Nome do contato 1: _____

Grau de parentesco do contato 1: _____

Telefones do contato 1 (com DDD): () _____ () _____

E-mail do contato 1: _____

Nome do contato 2: _____

Grau de parentesco do contato 2: _____

Telefones do contato 2 (com DDD): () _____ () _____

E-mail do contato 2: _____

Questionário 2 - Dados socioeconômicos

Todas as perguntas a seguir se referem ao participante da pesquisa (criança/adolescente)

Quantas pessoas moram na mesma residência que ele(a)? *(Não contabilizar o(a) participante)*

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ >10 ☐ Não sabe informar ☐

Quantas pessoas dormem no mesmo quarto que ele(a)? *(Não contabilizar o(a) participante)*

0 (apenas a criança) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ >10 ☐ Não sabe informar ☐

Alguém que mora na mesma casa que ele(a) fuma cigarro? *(Não contabilizar o(a) participante)*

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) frequenta creche ou escola?

Não ☐ Sim (meio turno) ☐ Sim (turno integral) ☐ Não sabe informar ☐

Observações: _____

Questionário 3 - História da doença atual

Todas as perguntas a seguir se referem a criança/adolescente participante da pesquisa.

Há quantos dias ele(a) começou a sentir os sintomas que levou ao atendimento? _____

Não sabe informar ☐

Ele(a) apresentou tosse?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim:

Tem tosse há quantos dias? _____

Tosse com catarro? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Tosse ou catarro com sangue (hemoptise)? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) está HOJE com falta de ar ou dificuldade para respirar?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) está HOJE com coriza (nariz escorrendo)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) apresentou perda de apetite (está se alimentando menos que o normal)?

Não ☐ Sim ☐ → Há quantos dias? _____ Não sabe informar ☐

Ele(a) perdeu peso nos últimos três meses?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim:

Há quantos dias iniciou a perda de peso? _____

Informe o peso perdido (se mensurado): _____ kg. Não sabe informar ☐

Ele(a) parou de ganhar peso nos últimos três meses (crianças até 2 anos)?

Se o(a) participante tem mais de 2 anos, assinale a opção 'não se aplica'

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica ☐

Ele(a) está suando mais à noite (mais do que o normal)?

Não ☐ Sim ☐ → Há quantos dias? _____ Não sabe informar ☐

Ele(a) teve febre ($\geq 37,8$ °C)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim:

Mediu a temperatura? Não ☐ Sim ☐ → Qual a temperatura máxima? _____ °C

Data de início do surgimento da febre: ____/____/____ Não sabe informar ☐

Último dia em que apresentou febre: ____/____/____ Não sabe informar ☐

Ele(a) reduziu as atividades do dia a dia (está mais quieto, brincando menos)?

Não ☐ Sim ☐ → Há quantos dias? _____ Não sabe informar ☐

Ele(a) usou algum medicamento nas 2 últimas semanas para tratar os sintomas referidos neste atendimento?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva o nome genérico* do(s) antibiótico(s) e a(s) data(s) de início do uso:

antibiótico 1) _____, e data de início: ____/____/____

antibiótico 2) _____, e data de início: ____/____/____

antibiótico 3) _____, e data de início: ____/____/____

antibiótico 4) _____, e data de início: ____/____/____

antibiótico 5) _____, e data de início: ____/____/____

** Se não souber, preencha o campo com 777.*

Se sim, ele(a) apresentou melhora dos sintomas após o uso do(s) antibiótico(s)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Observações: _____

Questionário 4 - História médica pregressa

As perguntas se referem a criança/adolescente participante do estudo e devem ser dirigidas ao cuidador/responsável. Adicionalmente, informações complementares podem ser obtidas no prontuário (quando disponível).

Peso ao nascer: _____ kg

Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas

Ele(a) nasceu prematuro?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) teve bronquiolite no primeiro ano de vida?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, hospitalizou? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Alguma vez ele(a) hospitalizou por outro problema respiratório (ex: pneumonia, crise de asma)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Ele(a) tem alguma doença neuromuscular e/ou doença que comprometa a imunidade?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Ele(a) faz uso de corticóide e/ou medicamento que diminua a imunidade (uso crônico)?

Assinale SIM para esta questão somente se o(a) participante faz uso de corticoide(s) sistêmico(s), ex: prednisolona. Desconsidere os inalatórios (ex: "bombinha", Clenil®, Nasonex®, Budesonida)

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Ele(a) faz uso de algum outro medicamento de uso contínuo (uso crônico)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Ele(a) teve diagnóstico de COVID-19 anterior a este quadro, confirmado por algum exame?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, qual exame?

RT-PCR ("cotonete" no nariz com resultado em mais de um dia) ☐

Antígeno ("cotonete" no nariz com resultado no mesmo dia) ☐

Teste rápido (coleta de sangue na ponta do dedo) ☐

Não sabe informar ☐

Se sim, necessitou de internação hospitalar?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Ele(a) foi vacinado contra COVID-19?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica ☐

Se sim, qual(is) vacina(s)? Assinale todas que se aplicam

Coronavac ☐ Astrazeneca ☐ Pfizer ☐ Janssen ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, quantas doses?

Uma ☐ Duas ☐ Três ou mais ☐ Não sabe informar ☐

Atenção pesquisador: verificar essa informação no prontuário
(NÃO questionar ao familiar)

Ele(a) tem infecção por HIV?

Não ☐

Sim, com infecção prévia ☐

Sim, com infecção identificada nesta avaliação ☐

Não foi avaliado ☐

Possível fonte de contágio

Alguém da família ou conhecido, que tenha contato com ele(a), está apresentando tosse?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, informe:

Há quantos dias? _____ Não sabe informar ☐

Esse familiar ou conhecido mora na mesma casa que ele(a)? Não ☐ Sim ☐

Alguém da família ou conhecido, que tenha contato com ele(a), já teve ou tem tuberculose?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, esse familiar ou conhecido mora na mesma casa que ele(a)?

Não ☐ Sim ☐

Se a resposta da pergunta anterior for não, informe a frequência com que este familiar ou conhecido convive com o participante da pesquisa:

Quantos dias por semana: _____ Não sabe informar ☐

Quantas horas por dia (nos dias que tem contato): _____ Não sabe informar ☐

Tratamento e teste tuberculínico prévio do participante da pesquisa

O participante da pesquisa já usou algum medicamento PREVENTIVO para tuberculose?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, informe o medicamento utilizado referente ao último tratamento:

Isoniazida ☐ Rifampicina ☐ Rifapentina+Isoniazida ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, o tratamento foi:

Tratamento completo ☐ Abandono ☐ Suspenso por reação adversa ☐ Não sabe informar ☐

Data estimada de início do tratamento: ____/____/____

Data estimada do término do tratamento: ____/____/____

O participante da pesquisa já realizou anteriormente o teste tuberculínico (TT, também conhecido como teste de *Mantoux* ou PPD) que consiste na aplicação de uma injeção no braço que causa uma pequena bolha na pele? OBS: não considerar o resultado do TT utilizado na inclusão do participante

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, informe o resultado:

Negativo (não-reator) ☐ Positivo (reator) ☐ Não sabe informar ☐

Observações: _____

Questionário 5 - Medidas antropométricas

Utilizar dados de registros no prontuário **SOMENTE** se não for possível realizar as medidas no momento da entrevista. Data máxima para dados de registros: 30 dias.

Data da aferição das medidas antropométricas: ____/____/____

Peso: ____ kg Altura: ____ cm

Cicatriz da BCG presente? Não ☐ Sim ☐ Não foi possível avaliar ☐

Observações: _____

Profissional responsável pela coleta de dados: _____

Questionário 6 - PRIMEIRA coleta de material de via aérea (swab/escarro)

COLETA DAS AMOSTRAS

Antes de iniciar a coleta, prepare a caixa térmica para que a temperatura esteja adequada para receber as amostras: de 2 a 8 °C (POP Nº 20/2021 Assistencial - Ambientação e higienização da caixa térmica)

Termômetro da caixa térmica resetado? Não ☐ Sim ☐

Qual a temperatura da caixa térmica no momento do armazenamento das amostras? _____ °C

Informe o número da etiqueta do participante _____

ATENÇÃO - Realizar a coleta de amostras na seguinte ordem: 1) ESCARRO e 2) Teste tuberculínico

SWAB LINGUAL (POP Nº 09/2021 Assistencial - SWAB lingual para detecção de *M. tuberculosis* através do Xpert® MTB/RIF Ultra (GeneXpert®))

Coleta do swab LINGUAL realizada? Não ☐

Observações: coleta suspensa

1) ESCARRO (POP Nº 10/2024 - Preparação de solução hipertônica de NaCl 5%; POP Nº 11/2024 Coleta de escarro induzido por expectoração espontânea; POP Nº 12/2024 Coleta de escarro induzido por aspiração;)

*Atenção para jejum de 1 hora e boca livre de resíduos de alimentos

**Não realizar a aplicação profilática do Salbutamol se o participante tiver feito uso em até 30min antes

Sinais vitais e exame físico **ANTES** da coleta de escarro induzido

FR _____ movimentos respiratórios por minuto

FC _____ batimentos por minuto

Saturação O₂ _____ % em ar ambiente

Recebendo O₂ antes da coleta do escarro? Não ☐ Sim ☐ → _____ L/min

Ausculta pulmonar alterada? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Esforço respiratório (ex: retração intercostal, subcostal ou furcular)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Coleta de escarro INDUZIDO

Aplicação dos 2 jatos profiláticos de Salbutamol? Não ☐ Sim ☐

Hora de início da nebulização: ____:____

Ocorreram intercorrências durante o procedimento?

Não ☐ Sim ☐ → Informe:

Hora da intercorrência ____:____

Qual(is) intercorrência(s)? Epistaxe ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ Sibilância ☐ Aumento da FR ☐

Dessaturação ☐ Exacerbação de tosse ☐ Outra(s) ☐ → Descreva: _____

Intercorrência(s) resolvida(s)? Não ☐ Sim ☐

Procedimento de coleta de escarro finalizado após a(s) intercorrência(s)?

Não ☐ → Realizar recoleta Sim ☐

Descreva os procedimentos realizados para a resolução da(s) intercorrência(s), assim como o desfecho da(s) mesma(s), durante a indução do escarro _____

Como foi realizada a coleta de escarro induzido?

Com expectoração espontânea ☐

Com aspiração ☐

Sinais vitais e exame físico APÓS a coleta de escarro induzido

FR _____ movimentos respiratórios por minuto

FC _____ batimentos por minuto

Saturação O₂ _____ % em ar ambiente

Estava recebendo O₂ no momento da coleta do escarro? Não ☐ Sim ☐ → _____ L/min

Ausculta pulmonar alterada? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Esforço respiratório (ex: retração intercostal, subcostal ou furcular)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

**ATENÇÃO! Independente da forma de coleta de escarro induzido, a amostra deve ser diluída da seguinte forma:*

- Expectoração espontânea → adicionar 3 mL de soro fisiológico no frasco que contém a amostra coletada
- Aspiração do escarro → utilizar 3 mL de soro fisiológico para lavar a sonda de aspiração

Coleta de escarro realizada com sucesso?

Não ☐ → Realizar recoleta

Sim ☐ → Data e hora da coleta do escarro ____/____/____ :____ e encaminhar ao laboratório

Monitore o participante por 30min após o final do procedimento e registre as seguintes informações:

Ocorreram intercorrências durante o período de monitoramento?

Não ☐ Sim ☐ → Descreva _____

Se sim, descreva os procedimentos realizados para a resolução da(s) intercorrência(s), assim como o desfecho da(s) mesma(s), durante os 30 min de observação: _____

Observações: _____

Profissional responsável pela coleta de escarro: _____

Questionário 7 - Teste tuberculínico (aplicação do PPD) e Raio-X

PPD: derivado proteico purificado (POP Nº 14/2021 Assistencial - Aplicação do PPD-RT-23 para teste tuberculínico; POP Nº 15/2021 Assistencial - Leitura do Teste Tuberculínico (TT))

Foi possível realizar o TT (aplicação do PPD)?

Não ☐ → Justifique _____

Sim ☐ (Assinale essa opção mesmo que o TT tenha sido realizado pela assistência)

Quem realizou o TT? Estudo ☐ Assistência ☐

Data da aplicação: ____/____/____

Data da leitura: ____/____/____

Resultado do TT (mm): <5 mm ☐ ≥5 mm ☐ Especifique quantos milímetros (mm): _____

Intercorrência na aplicação do PPD ou leitura do TT?

Não ☐ Sim ☐ → Descreva _____

Observações: _____

Profissional responsável pela aplicação do PPD: _____

Profissional responsável pela leitura do TT: _____

Raio - X de tórax (POP Nº 19/2021 Assistencial - Envio de arquivo de imagem para a plataforma REDCap).

**Utilizar radiografia de tórax referente ao episódio que motivou a consulta na URTB.*

***Caso o participante não tenha raio-X no momento da inclusão, solicitar o exame via assistência.*

****Atenção: não incluir o nome do participante na foto*

Data do Raio-X de tórax: ____/____/____

Realizar captura da imagem do raio-X nos formatos .JPEG, .JPG, .PNG ou .PDF

Observações: _____

Questionário 8 - Recoletas
Preencher somente se houver necessidade de recoleta de ESCARRO,
e inserir os dados no Questionário 6 do REDCap

RECOLETA DE ESCARRO

Antes de iniciar a coleta, prepare a caixa térmica para que a temperatura esteja adequada para receber as amostras: de 2 a 8 °C (POP Nº 20/2021 Assistencial - Ambientação e higienização da caixa térmica)

Termômetro da caixa térmica resetado? Não ☐ Sim ☐

Qual a temperatura da caixa térmica no momento do armazenamento das amostras? _____ °C

RECOLETA DA COLETA DE ESCARRO (POP Nº 10/2024 - Preparação de solução hipertônica de NaCl 5%; POP Nº 11/2024 - Coleta de escarro induzido por expectoração espontânea; POP Nº 12/2024 - Coleta de escarro induzido por aspiração;)

*Tempo mínimo entre as coletas de escarro de 4h e máximo de 72h, preferencialmente após 24h

**Atenção para jejum de 1 hora e boca livre de resíduos de alimentos

***Não realizar a aplicação profilática do Salbutamol se o participante tiver feito uso em até 30min antes

Sinais vitais e exame físico ANTES da recoleta de escarro induzido

FR _____ movimentos respiratórios por minuto

FC _____ batimentos por minuto

Saturação O₂ _____ % em ar ambiente

Recebendo O₂ antes da coleta do escarro? Não ☐ Sim ☐ → _____ L/min

Ausculata pulmonar alterada? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Esforço respiratório (ex: retração intercostal, subcostal ou furcular)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Recoleta de escarro INDUZIDO

Aplicação dos 2 jatos profiláticos de Salbutamol? Não ☐ Sim ☐

Hora de início da nebulização: ____:____

Ocorreram intercorrências durante o procedimento?

Não ☐ Sim ☐ → Informe:

Hora da intercorrência ____:____

Qual(is) intercorrência(s)? Epistaxe ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ Sibilância ☐ Aumento da FR ☐

Dessaturação ☐ Exacerbação de tosse ☐ Outra(s) ☐ → Descreva: _____

Intercorrência(s) resolvida(s)? Não ☐ Sim ☐

Procedimento de coleta de escarro finalizado após a(s) intercorrência(s)?

Não ☐ → Entrar em contato com o centro coordenador para avaliação da permanência do participante no estudo (tbped.proadi@hmv.org.br)

Sim ☐

Descreva os procedimentos realizados para a resolução da(s) intercorrência(s), assim como o desfecho da(s) mesma(s), durante a indução do escarro _____

Como foi realizada a recoleta de escarro induzido?

Com expectoração espontânea ☐

Com aspiração ☐

Sinais vitais e exame físico **APÓS** a coleta de escarro induzido

FR _____ movimentos respiratórios por minuto

FC _____ batimentos por minuto

Saturação O₂ _____ % em ar ambiente

Estava recebendo O₂ no momento da coleta do escarro? Não ☐ Sim ☐ → _____ L/min

Ausculta pulmonar alterada? Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

Se sim, descreva _____

Esforço respiratório (ex: retração intercostal, subcostal ou furcular)?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐

ATENÇÃO! Independente da forma de coleta de escarro, a amostra deve ser diluída da seguinte forma:

- Expectoração espontânea → adicionar 3 mL de soro fisiológico no frasco que contém a amostra coletada
- Aspiração do escarro → utilizar 3 mL de soro fisiológico para lavar a sonda de aspiração

Recoleta de escarro realizada com sucesso?

Não ☐ → Entrar em contato com o centro coordenador para avaliação da permanência do participante no estudo (tbped.proadi@hmv.org.br)

Sim ☐ → Data e hora da coleta do escarro ____/____/____ ____:____ e encaminhar ao laboratório

Monitore o participante por 30min após o final do procedimento e registre as seguintes informações:

Ocorreram intercorrências durante o período de monitoramento?

Não ☐ Sim ☐ → Descreva _____

Se sim, descreva os procedimentos realizados para a resolução da(s) intercorrência(s), assim como o desfecho da(s) mesma(s), durante os 30 min de observação: _____

Observações: _____

Profissional responsável pela coleta de escarro: _____

Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Agentes Respiratórios em Crianças

DESFECHO AMBULATORIAL

Questionário 12 - Desfecho clínico de participantes sem confirmação bacteriológica de TB

- Este questionário é destinado aos participantes com resultados negativos para Xpert® MBT/RIF Ultra (ESCARRO) e cultura líquida, mas com diagnóstico presuntivo de TB.
- Se aplicável, o mesmo deverá ser preenchido em até 70 dias após a inclusão do participante no estudo.

O preenchimento deste questionário deve ser realizado assim que o resultado da cultura líquida estiver disponível na plataforma REDCap

O participante foi diagnosticado com TB pulmonar ativa após a inclusão no estudo?

Não ☐ → Apresentou melhora clínica ☐

Perda de seguimento ☐

Persiste com sintomas, mas sem diagnóstico de TB ☐

Sim ☐ → Presuntivo ☐ → Data do início do tratamento: ____/____/____

Confirmado bacteriologicamente ☐ → Data do início do tratamento: ____/____/____

Não sabe informar ☐

Observações (descrever se houve diagnóstico de TB ativa – exceto pulmonar):

Data da revisão de prontuário: ____/____/____

Profissional responsável pela revisão de prontuário: _____