



COMUNICADO DE CASO SUSPEITO DE TUBERCULOSE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DATA DE ENTRADA: _____

PRONTUÁRIO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

NOME DA MAE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE: _____ TELEFONE CELULAR: _____

HISTÓRIA DO CASO: _____

DATA DE SAÍDA: ____/____/____ HORA: _____

ALTA: _____ TRANSFERÊNCIA: _____ ÓBITO: _____

OBSERVAÇÃO: _____
