



UNCISAL
HOSPITAL ESCOLA DR. HÉLVIO AUTO
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE TUBERCULOSE

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____

NOME DOS PAIS: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

NATURALIDADE: _____ ESTADO: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

INSCRIÇÃO Nº: _____ DATA DA INSCRIÇÃO: ____/____/____

HISTÓRICO CLÍNICO DO CASO: _____

RESULTADO DOS EXAMES

BACTERIOSCOPIA: _____

RX DE TÓRAX: _____

BCG: _____ PPD: _____

RESUMO DO TRATAMENTO: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA