



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

DOCUMENTO DE TRANSFERÊNCIA

Município de Origem:
Município de Destino/ Endereço:

Dados do paciente

Nome do paciente:
Nome da mãe:
Data de Nascimento:
Telefone:

Dados do atendimento

Data do Início do Tratamento TB:
Forma de Tuberculose:
Exame Laboratorial que confirme TB:
Achados Radiológicos:

Informações sobre o Diagnóstico

Informações sobre o tratamento e Orientações para a Gestão do Caso

Dados do responsável pelo preenchimento

Nome / Unidade de Saúde:
Categoria profissional:
Telefone:
Data: