PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO TUBERCULOSE - S V 7

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

COORDENADORIA DISTRITAL: | **CENTRO DE SAÚDE:** | **MÊS:**

SINAN	NOME DO PACIENTE	FORMA CLÍNICA	B. K DATA	B. K RESULT.	TRATAMENTO		CULTURA RESULT.	H I V	ALTA		OBSERVAÇÕES
					INÍCIO	ESQUEMA			DATA	MOTIVO	