

FRENTE

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HIGIENE
TB — FICHA DE CADASTRO

NOME						
ENDEREÇO					BAIRRO	
LOCALIDADE			NATURALIDADE		RUB.	
DIST.	COMUNIC.	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL		N.º DA ABREUGRAFIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MASC. <input type="checkbox"/>	SOLT. <input type="checkbox"/>	VIUV. <input type="checkbox"/>	DATA DO EXAME
			FEM. <input type="checkbox"/>	CAS. <input type="checkbox"/>	OUT. <input type="checkbox"/>	

REPITA O EXAME AO FIM DE UM ANO

VERSO

PROVA TUBERCULÍNICA			
DATA DA INOCULAÇÃO		DATA DA LEITURA	
INDURAÇÃO EM MILÍMETROS			
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">mm</div> NÃO-REATOR (MENOS DE 5mm)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">mm</div> REATOR FRACO (5-9mm)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">mm</div> REATOR FORTE (10mm e +)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NÃO VERIFICADO
B.C.G. — VACINAÇÃO <input type="checkbox"/>		DATA:	
ABREUGRAFIA			
ILEGÍVEL <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/>		
NÃO CLASSIFICADO <input type="checkbox"/>	SUSPEITO <input type="checkbox"/>		
SEQÜELAS <input type="checkbox"/>			
MÉDICO _____			