



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Vigilância Epidemiológica
Divisão Técnica de Hanseníase
TEL. 11 – 3066-8753 – TEL./Fax.: 11 – 3066-8155
e-mail:dvhansen@saude.sp.gov.br

¹Nº da Solicitação

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ESQUEMA SUBSTITUTIVO PARA TRATAMENTO DE HANSENÍASE

Identificação do Paciente	² Nome do Paciente:	
	³ Data de Nascimento:	
	⁴ Nº telefone:	
	⁵ Município de Residência	
	⁶ GVE de Residência	
	⁷ Nº do SINAN	

Identificação da Unidade de Saúde	⁸ Unidade de Saúde	
	⁹ CNES da unidade	
	¹⁰ Município de Atendimento	
	¹¹ GVE de Atendimento	
	¹² Nome do médico solicitante	
	¹³ Nome responsável pela solicitação	
	¹⁴ Nº telefone da instituição	

¹⁵ Justificativa para o pedido:	
¹⁶ Sinais / Sintomas ou Resultados de Análises Clínicas apresentado:	

¹⁷ Esquema Substitutivo Proposto: (consultar Manual técnico operacional - Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública – portaria 149 de 03/02/2016).	

¹⁸ Espaço reservado para Unidade de Referência:	
Paciente encaminhado para Município de Residência: () Sim () Não	
Qual Município: _____	

Solicitação	¹⁹ Data da solicitação __/__/__	²⁰ Data do início do esquema substitutivo __/__/__
	²¹ Data provável de encerramento do esquema Substitutivo __/__/__	

Preenchimento pela PECH	²² Medicamento Liberado em : __/__/__
	²³ Nº da fatura do medicamento liberado _____

ATENÇÃO: ANEXAR RECEITA MÉDICA ATUALIZADA.