

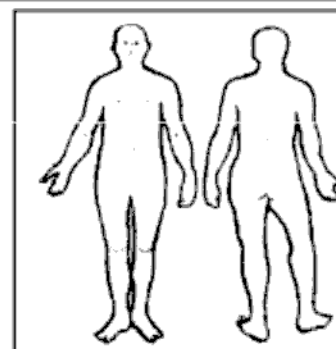


- 1 - Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_
- 2 - Município: \_\_\_\_\_ 3 - UF: \_\_\_\_\_
- 4 - Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ 5 - Nº Prontuário: \_\_\_\_\_
- 6 - Nome da Mãe: \_\_\_\_\_
- 7 - Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 9 - Município de Residência: \_\_\_\_\_ 10 - UF: \_\_\_\_\_
- 11 - Há quanto tempo reside nesse município? \_\_\_\_\_
- 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?  
 Menos de 6 meses     De 6 meses há 1 ano     Mais de 1 ano
- 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual?     Não     Sim  
 Qual o problema/doença havia sido identificado? \_\_\_\_\_
- 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família?     Não     Sim    Quantas? \_\_\_\_\_
- 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família?     Não     Sim    Quantas? \_\_\_\_\_

**OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados**

**EXAME DO DOENTE**

- 16 - Número de lesões de pele: \_\_\_\_\_
- 17 - Tipos/características de lesões:  
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)     c/ alter. sensibilidade     s/ alter. sensibilidade  
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele     c/ alter. sensibilidade     s/ alter. sensibilidade  
 Placas eritematomatosas com bordas elevadas     c/ alter. sensibilidade     s/ alter. sensibilidade  
 Nódulos/pápulas     Infiltração     Outras (especificar): \_\_\_\_\_
- 18 - Cicatriz de BCG:     Nenhuma     Uma     Duas ou mais
- 19 - Existem áreas com rarefação de pelo?  
 não     sim Onde? \_\_\_\_\_
- 20 - Existem nervos acometidos?  
 não     sim Quantos? \_\_\_\_\_
- 21 - Teste de Histamina:  
 não realizado     realizado    Resultado: \_\_\_\_\_



22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O l h o			M ã o			P é		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquiase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo		

- 24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase?     não     sim
- 25 - Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Classificação Operacional:     PB     MB
- 26 - Nome do profissional: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
- 27 - Data do preenchimento do protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.  
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

**Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos**

28- Qual a categoria profissional do funcionário que realizou a avaliação de incapacidade:

Mão e Pé : \_\_\_\_\_ Olho: \_\_\_\_\_

29- Os pais ou responsável foram orientados quanto a prevenção de incapacidades? ( ) Sim ( ) Não

30- Qual a categoria profissional do funcionário que fez a orientação: \_\_\_\_\_

31- Teve ou tem contato com doente de Hanseníase? ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Sinan: \_\_\_\_\_

32- Tipo de contato: ( parente, vizinho, outros: mencionar ) \_\_\_\_\_

33- Nº de Contatos Registrados: ( )

34- Nº de Contatos Examinados: ( )

Nº	Nome do Contato	Idade	Parentesco ou outro tipo de contato	Data da Avaliação Dermat. ( Mês/Ano)	Resultado Avaliação D.Neurol 1- Sadio 2 -Doente 3 - Em Invest.	Tratamento Anterior 1-Completo 2-Incompl. 3-Não Tratou	Dose BCG	
							1ª dose (Mês/Ano)	2ª dose (Mês/Ano)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Nome do Responsável pelo Preenchimento: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_