

Formulário de Encaminhamento e Coleta da Amostra para Rede de Vigilância Medicamentosa e Recidiva em Hanseníase.

(Este formulário deve acompanhar a amostra até o ILSL)

- BLOCO I IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1-Nº Cartão SUS: _____ 2-Nº Notificação no SINAN: _____

3-Nome do Paciente: _____

4-Data de Nascimento: ____/____/____ 5- Gênero: Masc. Fem.

6-Nome da Mãe: _____

7-Estado: _____ 8-Município: _____

9-Endereço Residencial: _____

10-Bairro: _____ 11-Nº Telefone: () _____

- BLOCO II – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

12-Nome da Unidade Saúde: _____

13-Cod. CNES: _____

- BLOCO III – INFORMAÇÕES CLÍNICAS

14-Motivo do envio da amostra: Caso Novo Multibacilar Recidiva Suspeita Falência

15-Data do Início do Tratamento anterior: ____/____/____ (Preencher para os casos de Recidiva ou S. Falência)

16-Data de início do Tratamento Atual: ____/____/____

17-Esquema Terapêutico Realizado: PQT Padrão: OUTROS:

18-Outros esquemas Terapêuticos, especificar:

RIFAMPICINA:___ CLOFAZIMINA:___ DAPSONA:___ MINOCICLINA:___ OFLOXACINA:___ OUTRA:___

19-Se outra medicação especificar: _____

20- Tempo (em meses) do **Tratamento Anterior**: _____ meses

21-Número de Doses Administradas no **Tratamento Anterior**: _____ doses.

22-Tempo (em meses) do Tratamento Atual: _____ meses.

23-Número de doses administradas do Tratamento Atual: _____ doses

24-Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana

25- Estava em Reação Hansenica no momento da coleta da biopsia? () SIM () NÃO

26-Índice Bacilar: () (Realizada no máximo **há 3 (três) meses antes da coleta** da biópsia).
(Para pesquisa de Resistência Primária nos Casos Novos a **Baciloscopia deve ser Maior ou igual a 2.**)

27-Índice Morfológico (se possível): ()

28-Sinais e Sintomas no diagnóstico da Recidiva:

Lesões Novas

Exacerbação das lesões existentes que não respondem ao tratamento com corticosteroides e/ou talidomida há pelo menos 90 dias

Exacerbações de lesões antigas sem tratamento com corticoide e/ou talidomida

Novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com **talidomida** nas doses e prazos recomendados.

Novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com **corticóides** nas doses e prazos recomendados.

Baciloscopia positiva igual ou maior a do momento da cura com bacilos íntegros bem definidos no raspado e/ou biopsia de pele.

Manutenção de Altos Níveis de ELISA anti PGL1

Outros: _____

29-Se outros especifique: _____

30-Nome por extenso do responsável pela solicitação da amostra:

31-Telefone: () _____

32-Data da realização da Biopsia: ____/____/____

(A Biopsia pode ser coletada até no máximo **30 dias após o início do tratamento com a PQT.**)

33-Anexo I: Inserir no FORMSUS copia da Ficha do SINAN.

34-Anexo II: Inserir no FORMSUS cópia do Protocolo da Suspeita de Recidiva

35-Observações:

Preenchido por: _____

Nº PROTOCOLO DO FORMSUS: _____

(Número gerado ao final da digitação dos Blocos II. Ele é essencial para que o IAL e ILSL consigam acessar o registro para completar as informações dos Blocos IV e V).

Para acessar o formulário, clicar no seguinte link:

NOVO LINK: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=49612

Data de Entrega no IAL: ____/____/____ **Recebido por :** _____