



Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	HANSENÍASE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 3 0. 9	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Ocupação	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
----------	---------------------	-------------	--	--

Dados Clínicos	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
----------------	--------------------------	------------------	------------------------------	--------------------------

Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado		
	38 Modo de Entrada	1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado		
	39 Modo de Detecção do Caso Novo	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado		

Dados Lab.	40 Baciloscopia	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado		
------------	-----------------	--	--	--

Tratamento	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial		
	1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos			

Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados			
-------------	-----------------------------------	--	--	--

Observações adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	

RESIDÊNCIA

1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/> A - ANO <input type="text"/> M - MESES
2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/> A - ANO <input type="text"/> M - MESES

HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO

DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

MITSUDA 1- POSITIVA mm 2- NEGATIVA mm 3- ULCERADA 4- NÃO-REALIZADA 9- IGNORADA

ÍNDICE BACILOSCÓPIO: _____ (escala logarítmica de Ridley)

HISTOPATOLOGIA 1- I 2- T 3- D 4- V 5- OUTROS RESULTADOS 6- NÃO -REALIZADA 9- IGNORADA

AValiação DE INCAPACIDADE

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO	GRAU MÁXIMO DE PÉ	GRAU MÁXIMO DE OLHO
	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas
ZERO	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase <input type="text"/>	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase <input type="text"/>	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase <input type="text"/>
I	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível <input type="text"/>	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível <input type="text"/>	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente <input type="text"/>
II	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas <input type="text"/>	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas <input type="text"/>	- lagofalmo e / ou ectrópio <input type="text"/>
	- garras <input type="text"/>	- garras <input type="text"/>	- triquíase <input type="text"/>
	- reabsorção <input type="text"/>	- reabsorção <input type="text"/>	- opacidade corneana central <input type="text"/>
	- mão caída <input type="text"/>	- pé caído <input type="text"/>	- Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros <input type="text"/>
NÃO AVALIADA	- não-avaliada <input type="text"/>	- não-avaliada <input type="text"/>	- não-avaliada <input type="text"/>

PROBLEMAS OCULARES OUTROS ACUIDADE VISUAL

Irite Ceratite _____ ESPECIFICAR OD ANOTAR GRAU OE ANOTAR GRAU

RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES
NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS:

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						