



ACOMPANHAMENTO MENSAL DE HANSENÍASE

1 – UF MG	2 – MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO ATUAL BELO HORIZONTE	CÓDIGO (IBGE) 3 1 0 6 2 0	3 – Nº NOTIFICAÇÃO ATUAL
4 – DATA DA NOTIFICAÇÃO	5 – UNIDADE DE ATENDIMENTO ATUAL	CÓDIGO	
6 – UF	7 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL	CÓDIGO (IBGE)	8 – CEP
9 – DISTRITO DE RESIDÊNCIA ATUAL		10 – BAIRRO DE RESIDÊNCIA ATUAL	
11 – DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO	12 – CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL ATUAL <input type="checkbox"/>	13 – AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA NO MOMENTO DA CURA <input type="checkbox"/>	
	1 – PB 2 – MB	0 – GRAU ZERO 1 – GRAU I 2 – GRAU II 3 – NÃO AVALIADO	
14 – ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL <input type="checkbox"/>		15 – MESES DE TRATAMENTO / DOSES	
1 – PQT / PB / 6 DOSES 3 – OUTROS ESQUEMAS SUBSTITUTIVOS 2 – PQT / MB / 12 DOSES			
16 – EPISÓDIO REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO <input type="checkbox"/>		17 – Nº DE DOSES RECEBIDAS	18 – DATA DE MUDANÇA DO ESQUEMA
1 – REAÇÃO TIPO 1 2 – REAÇÃO TIPO 2 3 – REAÇÃO TIPO 1 E 2 4 – SEM REAÇÃO			
19 – Nº DE CONTATO EXAMINADOS			20 – DATA DA ALTA
21 – TIPO DE SAÍDA <input type="checkbox"/>			
1 – CURA 4 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTADO 7 – ABANDONO			
2 – TRANSFERÊNCIA PARA O MESMO MUNICÍPIO 5 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO PAÍS 8 – ERRO DIAGNÓSTICO			
3 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO MUNICÍPIO 6 – ÓBITO			
OBSERVAÇÕES – CONTATOS EXAMINADOS			

SAE - 03010027 - G



ACOMPANHAMENTO MENSAL DE HANSENÍASE

1 – UF MG	2 – MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO ATUAL BELO HORIZONTE	CÓDIGO (IBGE) 3 1 0 6 2 0	3 – Nº NOTIFICAÇÃO ATUAL
4 – DATA DA NOTIFICAÇÃO	5 – UNIDADE DE ATENDIMENTO ATUAL	CÓDIGO	
6 – UF	7 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL	CÓDIGO (IBGE)	8 – CEP
9 – DISTRITO DE RESIDÊNCIA ATUAL		10 – BAIRRO DE RESIDÊNCIA ATUAL	
11 – DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO	12 – CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL ATUAL <input type="checkbox"/>	13 – AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA NO MOMENTO DA CURA <input type="checkbox"/>	
	1 – PB 2 – MB	0 – GRAU ZERO 1 – GRAU I 2 – GRAU II 3 – NÃO AVALIADO	
14 – ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL <input type="checkbox"/>		15 – MESES DE TRATAMENTO / DOSES	
1 – PQT / PB / 6 DOSES 3 – OUTROS ESQUEMAS SUBSTITUTIVOS 2 – PQT / MB / 12 DOSES			
16 – EPISÓDIO REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO <input type="checkbox"/>		17 – Nº DE DOSES RECEBIDAS	18 – DATA DE MUDANÇA DO ESQUEMA
1 – REAÇÃO TIPO 1 2 – REAÇÃO TIPO 2 3 – REAÇÃO TIPO 1 E 2 4 – SEM REAÇÃO			
19 – Nº DE CONTATO EXAMINADOS			20 – DATA DA ALTA
21 – TIPO DE SAÍDA <input type="checkbox"/>			
1 – CURA 4 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTADO 7 – ABANDONO			
2 – TRANSFERÊNCIA PARA O MESMO MUNICÍPIO 5 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO PAÍS 8 – ERRO DIAGNÓSTICO			
3 – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO MUNICÍPIO 6 – ÓBITO			
OBSERVAÇÕES – CONTATOS EXAMINADOS			

SAE - 03010027 - G

ACOMPANHAMENTO MENSAL DE HANSENÍASE: DADOS COMPLEMENTARES DO CASO		
CAMPO	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
1	Nº DA NOTIFICAÇÃO ATUAL	ANOTAR O NÚMERO ATUAL DA NOTIFICAÇÃO DO CASO NO SINAN
2	DATA DA NOTIFICAÇÃO	ANOTAR A DATA ATUAL DA NOTIFICAÇÃO DO CASO
3	UNIDADE DE ATENDIMENTO ATUAL	ANOTAR A UNIDADE DO ATENDIMENTO
4	CÓDIGO	UTILIZAR O NÚMERO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO (CNES)
5	UF	ANOTAR A UNIDADE DE FEDERAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO USUÁRIO
6	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	ANOTAR O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO PACIENTE
7	CÓDIGO	ANOTAR O CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO USUÁRIO
8	CEP	ANOTAR O CEP (CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL) DO ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
9	DISTRITO DE RESIDÊNCIA ATUAL	ANOTAR O DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
10	BAIRRO DE RESIDÊNCIA	ANOTAR O NOME DO BAIRRO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
11	DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO	ANOTAR A DATA DO ATENDIMENTO REFERENTE AO ACOMPANHAMENTO. ESTA DATA DEVERÁ SIGNIFICAR O ÚLTIMO ATENDIMENTO REALIZADO
12	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL ATUAL	ANOTAR SEGUNDO A CODIFICAÇÃO A CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DO USUÁRIO
13	AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE DE CURA	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS A AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE DO USUÁRIO. ESTE CAMPO SOMENTE SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CURA DO PACIENTE. TRATA-SE DE UM CAMPO OBRIGATÓRIO NO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CURA.
14	ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS O ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL UTILIZADO
15	NÚMERO DE DOSES RECEBIDAS	ANOTAR O NÚMERO DE DOSES RECEBIDAS
16	EPISÓDIO REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS A OCORRÊNCIA DE EPISÓDIOS DE REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO
17	DATA DA MUDANÇA DE ESQUEMA	ANOTAR A DATA DE MUDANÇA DE ESQUEMA
18	NÚMERO DE CONTATOS EXAMINADOS	ANOTAR O NÚMERO DE CONTATOS EXAMINADOS DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO
19	TIPO DE SAÍDA	ANOTAR A POSSÍVEL ALTA DO USUÁRIO NO PROGRAMA
20	DATA DA ALTA	ANOTAR A DATA DE ALTA DO USUÁRIO NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE
	OBSERVAÇÕES	ANOTAR OS NOMES DOS CONTATOS EXAMINADOS

DATAR E ASSINAR A FICHA DE ACOMPANHAMENTO



ACOMPANHAMENTO MENSAL DE HANSENÍASE: DADOS COMPLEMENTARES DO CASO		
CAMPO	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
1	Nº DA NOTIFICAÇÃO ATUAL	ANOTAR O NÚMERO ATUAL DA NOTIFICAÇÃO DO CASO NO SINAN
2	DATA DA NOTIFICAÇÃO	ANOTAR A DATA ATUAL DA NOTIFICAÇÃO DO CASO
3	UNIDADE DE ATENDIMENTO ATUAL	ANOTAR A UNIDADE DO ATENDIMENTO
4	CÓDIGO	UTILIZAR O NÚMERO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO (CNES)
5	UF	ANOTAR A UNIDADE DE FEDERAÇÃO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO USUÁRIO
6	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	ANOTAR O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO PACIENTE
7	CÓDIGO	ANOTAR O CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ATUAL DO USUÁRIO
8	CEP	ANOTAR O CEP (CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL) DO ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
9	DISTRITO DE RESIDÊNCIA ATUAL	ANOTAR O DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
10	BAIRRO DE RESIDÊNCIA	ANOTAR O NOME DO BAIRRO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO
11	DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO	ANOTAR A DATA DO ATENDIMENTO REFERENTE AO ACOMPANHAMENTO. ESTA DATA DEVERÁ SIGNIFICAR O ÚLTIMO ATENDIMENTO REALIZADO
12	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL ATUAL	ANOTAR SEGUNDO A CODIFICAÇÃO A CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DO USUÁRIO
13	AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE DE CURA	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS A AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE DO USUÁRIO. ESTE CAMPO SOMENTE SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CURA DO PACIENTE. TRATA-SE DE UM CAMPO OBRIGATÓRIO NO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CURA.
14	ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS O ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL UTILIZADO
15	NÚMERO DE DOSES RECEBIDAS	ANOTAR O NÚMERO DE DOSES RECEBIDAS
16	EPISÓDIO REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO	ANOTAR SEGUNDO OS CÓDIGOS A OCORRÊNCIA DE EPISÓDIOS DE REACIONAL DURANTE O TRATAMENTO
17	DATA DA MUDANÇA DE ESQUEMA	ANOTAR A DATA DE MUDANÇA DE ESQUEMA
18	NÚMERO DE CONTATOS EXAMINADOS	ANOTAR O NÚMERO DE CONTATOS EXAMINADOS DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO
19	TIPO DE SAÍDA	ANOTAR A POSSÍVEL ALTA DO USUÁRIO NO PROGRAMA
20	DATA DA ALTA	ANOTAR A DATA DE ALTA DO USUÁRIO NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE
	OBSERVAÇÕES	ANOTAR OS NOMES DOS CONTATOS EXAMINADOS

DATAR E ASSINAR A FICHA DE ACOMPANHAMENTO