

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		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença HANSENÍASE		Código (CID10) A 30.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	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 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	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		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET	
		SVS 30/10/2007		

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS	MONOFILAMENTOS	
		COR	GRAMAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e /ou pés devido à Hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos		
	Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos ou pés (não sente 2g ou toque da caneta)	Verde	0,05
2	Olhos: Lagofalmo e/ou eclrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 não conta dedos a 6m	Lilás	2,0
	Mãos; Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída	Vermelho Fechado	4,0
		Vermelho Cruzado	10,0
	Pés: Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contração do tornozelo	Vermelho Aberto	300,0
		Preto	sem resposta

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU		ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E	D	E	
Avaliação no diagnóstico _/_/____									
Avaliação na alta _/_/____									

CONTATOS INTRADOMICILIARES

	NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1			/ /	/ /
2			/ /	/ /
3			/ /	/ /
4			/ /	/ /
5			/ /	/ /
6			/ /	/ /
7			/ /	/ /
8			/ /	/ /
9			/ /	/ /
10			/ /	/ /