



| | | | |
|--|---------------------|---|-------------------|
| NOME | | GÊNERO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> OUTRO | |
| NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS) | | | |
| OCUPAÇÃO | | DATA DE NASCIMENTO | |
| MUNICÍPIO | | UF | |
| CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> | DATA INÍCIO PQT - U | | DATA ALTA PQT - U |

| FACE | | 1 ^a | / | / | 2 ^a | / | / | 3 ^a | / | / | 4 ^a | / | / |
|---|-----------------------------|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|
| NARIZ | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| QUEIXAS | | | | | | | | | | | | | |
| RESSECAMENTO | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| FERIDA | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| PERFURAÇÃO DE SEPTO | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| OLHOS | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| QUEIXAS | | | | | | | | | | | | | |
| DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE DA CÔRNEA | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA PÁLPEBRA SUPERIOR | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| FECHA OLHOS SEM FORÇA | (LAGOFTALMO) "mm" ou "0" | | | | | | | | | | | | |
| FECHA OLHOS COM FORÇA | | | | | | | | | | | | | |
| TRÍQUIASE | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| ECTRÓPIO | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| OPACIDADE DA CÔRNEA CENTRAL | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| ACUIDADE VISUAL | TABELA LogMAR | | | | | | | | | | | | |

LEGENDA: S = SIM N = NÃO; EM CASO DE FENDA ANOTAR EM MILÍMETROS (MM), EM CASO DE AUSÊNCIA DE FENDA ANOTAR 0 (ZERO); ACUIDADE VISUAL: SE USAR ÓCULOS USAR DURANTE O EXAME.

| MEMBROS SUPERIORES | | 1 ^a | / | / | 2 ^a | / | / | 3 ^a | / | / | 4 ^a | / | / |
|--------------------|--|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|
| PALPAÇÃO DE NERVOS | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| QUEIXAS | | | | | | | | | | | | | |
| RADIAL | | | | | | | | | | | | | |
| ULNAR | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIANO | | | | | | | | | | | | | |

PALPAÇÃO DE NERVOS: N = NORMAL E = ESPESSADO D = DOR C = CHOQUE

| AVALIAÇÃO DE FORÇA | | 1 ^a | / | / | 2 ^a | / | / | 3 ^a | / | / | 4 ^a | / | / |
|---|--|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|----------------|---|---|
| | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| ELEVAR O PUNHO/ EXTENSÃO DE PUNHO (NERVO RADIAL) | | | | | | | | | | | | | |
| ABRIR DEDO MÍNIMO / ABDUÇÃO DO 5º DEDO (NERVO ULNAR) | | | | | | | | | | | | | |
| ELEVAR O POLEGAR / ABDUÇÃO DO POLEGAR (NERVO MEDIANO) | | | | | | | | | | | | | |

LEGENDA: FORTE = F, DIMINUIDA = D, PARALISADO = P OU FORTE = 5, RESISTÊNCIA PARCIAL = 4, MOVIMENTO COMPLETO = 3, MOVIMENTO PARCIAL = 2 CONTRAÇÃO = 1, PARALISADO = 0

| INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA 1 | | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|
| 1 ^a | | 2 ^a | | 3 ^a | | 4 ^a | |
| D | E | D | E | D | E | D | E |
| | | | | | | | |

**LEGENDA: MONOFILAMENTOS = SEGUIR CORES OU CANETA (2G), SENTE = ✓ NÃO SENTE = X
GARRA MÓVEL = M, GARRA RÍGIDA = R, REABSORÇÃO = LESÕES TRÓFICAS = LESÕES TRAUMÁTICAS =**

| MEMBROS INFERIORES | | 1ª / / | | 2ª / / | | 3ª / / | | 4ª / / | | |
|---|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------------------|-----------------------|-------------------------|
| QUEIXAS | | | | | | | | | | |
| PALPAÇÃO DE NERVOS | | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| FIBULAR | | | | | | | | | | |
| TIBIAL POSTERIOR | | | | | | | | | | |
| LEGENDA: NORMAL = N ESPESSADO = E DOR = D CHOQUE = C | | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO DE FORÇA | | 1ª / / | | 2ª / / | | 3ª / / | | 4ª / / | | |
| | | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| ELEVAR O HÁLUX/ EXTENSÃO DE HÁLUX (NERVO FIBULAR) | | | | | | | | | | |
| ELEVAR O PÉ/DORSIFLEXÃO DO PÉ (NERVO FIBULAR) | | | | | | | | | | |
| LEGENDA: FORTE = F, DIMINUIDA = D, PARALISADO = P OU FORTE = 5, RESISTÊNCIA PARCIAL = 4, MOVIMENTO COMPLETO = 3, MOVIMENTO PARCIAL = 2 CONTRAÇÃO = 1, PARALISADO = 0 | | | | | | | | | | |
| INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA 1 | | | | | | | | | | |
| 1ª / / | | 2ª / / | | 3ª / / | | 4ª / / | | | | |
| D | E | D | E | D | E | D | E | | | |
| | | | | | | | | | | |
| LEGENDA: MONOFILAMENTOS = SEGUIR CORES OU CANETA (2G), SENTE = ✓ NÃO SENTE = X GARRA MÓVEL = M, GARRA RÍGIDA = R, REABSORÇÃO = LESÕES TRÓFICAS = LESÕES TRAUMÁTICAS = | | | | | | | | | | |
| DATA DA AVALIAÇÃO | OLHOS | | MÃOS | | PÉS | | MAIOR GRAU | SOMA (A+B+C+D+E+F) | ASSINATURA E CARIMBO | OBSERVAÇÕES IMPORTANTES |
| | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) | (f) | | | | |
| | D | E | D | E | D | E | | | | |
| / / | | | | | | | | | | |
| / / | | | | | | | | | | |
| / / | | | | | | | | | | |
| / / | | | | | | | | | | |
| GRAU | CLASSIFICAÇÃO DO GRAU | | | | | | LEGENDAS | | | |
| | OLHOS | | MÃOS | | PÉS | | MONOFILAMENTOS | | REGISTRO COM A CANETA | |
| 0 | FORÇA MUSCULAR DAS PÁLPEBRAS E SENSIBILIDADE DA CórNEA CENTRAL PRESERVADA. E ACUIDADE VISUAL ≥ 1 (LogMar) A 3M OU CONTA DEDOS A 6M. | | FORÇA MUSCULAR DAS MÃOS PRESERVADA. E SENSIBILIDADE PALMAR: SENTE O MONIFILAMENTO 2G (VIOLETA) OU O TOQUE DA PONTA DE CANETA ESFEROGRÁFICA. | | FORÇA MUSCULAR DOS PÉS PRESERVADA. E SENSIBILIDADE PLANTAR: SENTE O MONIFILAMENTO 2G (VIOLETA) OU O TOQUE DA PONTA DE CANETA ESFEROGRÁFICA. | | VERDE: (0,07G) – PREENCHER CÍRCULO NA COR VERDE. AZUL: (0,2G) – PREENCHER CÍRCULO NA COR AZUL. VIOLETA: (2,0G) – PREENCHER CÍRCULO NA COR VIOLETA. | | SENTE = | |
| | DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DAS PÁLPEBRAS SEM DEFICIÊNCIAS VISÍVEIS. E/OU DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE DA CórNEA CENTRAL: RESPOSTA AUSENTE AO TOQUE DO FIO DENTAL OU DIMINUIÇÃO / AUSÊNCIA DE PISCAR. | | DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DAS MÃOS SEM DEFICIÊNCIAS VISÍVEIS. E/OU DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE PALMAR: NÃO SENTE O MONIFILAMENTO 2G VIOLETA. | | DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DOS PÉS SEM DEFICIÊNCIAS VISÍVEIS. E/OU DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE PLANTAR: NÃO SENTE O MONIFILAMENTO 2G VIOLETA. | | VERMELHO (4,0G) – PREENCHER CÍRCULO NA COR VERMELHA. LARANJA (10,0G) – MARCAR O CÍRCULO COM X NA COR VERMELHA. ROSA (300G) – CIRCULAR NA COR VERMELHA SEM PREENCHER. NÃO SENTIU ROSA (300G) – PREENCHER NA COR PRETA. | | NÃO SENTE = X | |
| | DEFICIÊNCIA(S) VISÍVEL(EIS) CAUSADA(S) PELA HANSENIASE COMO: •LAGOFTALMO •ECTRÓPIO •TRIQUEIASE •OPACIDADE CORNEANA CENTRAL E/OU ACUIDADE VISUAL < 1 (LogMar) A 3 M OU NÃO CONTA DEDOS A 6 M, EXCLUÍDAS OUTRAS CAUSAS. | | DEFICIÊNCIA(S) VISÍVEL(EIS) CAUSADA(S) PELA HANSENIASE COMO: •GARRAS •REABSORÇÃO ÓSSEA •ATROFIA MUSCULAR •MÃO CAÍDA •LESÕES TRÓFICAS •LESÃO TRAUMÁTICA | | DEFICIÊNCIA(S) VISÍVEL(EIS) CAUSADA(S) PELA HANSENIASE COMO: •GARRAS •REABSORÇÃO ÓSSEA •ATROFIA MUSCULAR •PÉ CAÍDO •LESÕES TRÓFICAS •LESÃO TRAUMÁTICA | | NOTAS: INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA. 1 – O CÍRCULO DA PALMA DA MÃO INDICA A AVALIAÇÃO DA REGIÃO DORSAL ENTRE O POLEGAR E INDICADOR INERVADO PELO RADIAL. 2 – O CÍRCULO FORA DA PLANTA DO PÉ INDICA A AVALIAÇÃO DA REGIÃO DORSAL ENTRE O HÁLUX E O 2º ARTELHO INERVADO PELO FIBULAR. ATENÇÃO: AS DEFICIÊNCIAS CLASSIFICADAS COMO GRAU 1 E/OU GRAU 2, SOMENTE SERÃO ATRIBUÍDAS À HANSENIASE QUANDO EXCLUÍDAS OUTRAS CAUSAS. | | | |