



DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) DATA DA NOTIFICAÇÃO			
	3) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)		
	4) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO		
DADOS DO CASO	5) AGRAVO HANSENÍASE		CÓDIGO (CID 10) A 3 0 9		6) DATA DO DIAGNÓSTICO	
	7) NOME DO PACIENTE			8) DATA DE NASCIMENTO		
	9) (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS	10) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO 1 - IGNORADO	11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 4 - PARDA 2 - PRETA 5 - INDÍGENA 3 - AMARELA 9 - IGNORADO		12) ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS		14) NOME DA MÃE			
	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			CÓDIGO	16) NÚMERO	
DADOS DE RESIDÊNCIA	17) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		18) PONTO DE REFERÊNCIA		19)UF	
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO		
	21) BAIRRO		CÓDIGO (IBGE)		22)CEP	
	23) (DDD) TELEFONE	24) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 9 - IGNORADO	25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			CÓDIGO
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
OCUPAÇÃO	26) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA					
	27) Nº DE LESÕES CUTÂNEAS	28) Nº DE TRONCOS NERVOSOS ACOMETIDOS		29) FORMA CLÍNICA 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - NÃO CLASSIFICADO		
DADOS CLÍNICOS	30) AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO 1 - GRAU ZERO 2 - GRAU I 3 - GRAU II 4 - GRAU III 5 - NÃO AVALIADO 9 - IGNORADO			31) CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL 1 - PB 2 - MB 9 - IGNORADO		
	32) MODO DE ENTRADA 1 - CASO NOVO 2 - TRANSFERÊNCIA DO MESMO MUNICÍPIO 3 - TRANSFERÊNCIA DE OUTRO MUNICÍPIO (MESMA UF) 4 - TRANSFERÊNCIA DE OUTRO ESTADO 5 - TRANSFERÊNCIA DE OUTRO PAÍS 6 - RECIDIVA 7 - OUTROS REINGRESSOS 9 - IGNORADO					
ATENDIMENTO	33) MODO DE DETECÇÃO DO CASO NOVO 1 - ENCAMINHAMENTO 2 - DEMANDA ESPONTÂNEA 3 - EXAME DE COLETIVIDADE 4 - EXAME DE CONTATOS 5 - OUTROS MODOS 9 - IGNORADO					
	34 - BACILOSCOPIA 1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - NÃO REALIZADA 9 - IGNORADO					
DADOS LAB.	35 - DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO					
	36) ESQUEMA TRAPÉUTICO INICIAL 1 - PQT/PB/6 DOSES 2 - PQT/MB/12 DOSES 3 - PQT/MB/24 DOSES 4 - ROM 5 - OUTROS ESQ. ALTERNATIVOS 9 - IGNORADO					
TRATA- MENTO	37) NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS					
	38) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
MED CONTR.	OBSERVAÇÕES					
INVESTIGADOR	39) MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE			40) CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE		
	41) NOME		42) FUNÇÃO			
	43) ASSINATURA					

**HANSENIASE
REGISTRO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS**

GRAUS	OLHO		MÃO		PÉ		
	SINAIS E / OU SINTOMAS	D	E	SINAIS E / OU SINTOMAS	D	E	
0	SEM NENHUM PROBLEMA COM OS OLHOS DEVIDO À HANSENIASE			SEM NENHUM PROBLEMA COM AS MÃOS DEVIDO À HANSENIASE			
1	DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE			DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE			
2	LAGOFTALMO E / OU ECTRÓPIO			LESÕES TRAUMÁTICAS			
	OPACIDADE CORNEANA CENTRAL			GARRAS			
ACUIDADE VISUAL MENOS QUE 0,1 OU NÃO CONTA DEDO A 6m			MÃO				

MAIOR GRAU ATRIBUÍDO

0 1 2 NA

ASSINATURA

DATA

/ /