



CASO CONFIRMADO DE HANSENÍASE: PESSOA QUE APRESENTA UMA OU MAIS DAS SEGUINTE 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 AGRAVO / DOENÇA HANSENÍASE		CÓDIGO (CID 10) A 3 0 9	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO IBGE	
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO	7 DATA DO DIAGNÓSTICO
	8 NOME DO PACIENTE					9 DATA DE NASCIMENTO
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10 (OU) IDADE	1 - HORA 2 - DIAS 3 - MESES 4 - ANOS	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 COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º FRAU) 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º FRAU) 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA					
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS			16 NOME DA MÃE		
DADOS DA RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)		19 DISTRITO	
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA., ETC)			CÓDIGO
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)				24 GEO CAMPO 1
	25 GEO CAMPO 2		26 PONTO DE REFERÊNCIA			27 CEP
	28 (DDD) TELEFONE		29 ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO						
OCUPAÇÃO	31 NÚMERO 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
	37 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO 0 - GRAU ZERO 1 - GRAU I 2 - GRAU II 3 - NÃO AVALIADO					
ATENDIMENTO	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 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 - POSITIVO 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			
	43 NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS					
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:						
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE				CÓDIGO DA UNIDA. DE SAÚDE	
	NOME		FUNÇÃO		ASSINATURA	

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU			LEGENDAS	
	OLHOS	MÃOS	PÉS	MONOFILAMENTOS	REGISTRO COM A CANETA
0	FORÇA MUSCULAR DAS PÁLPEBRAS E SENSIBILIDADE DA CÔRNEA 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
1	DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DAS PÁLPEBRAS SEM DEFICIÊNCIAS VISÍVEIS. E/OU DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE DA CÔRNEA 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 MONOFILAMENTO 2G VIOLETA.	DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DOS PÉS SEM DEFICIÊNCIAS VISÍVEIS. E/OU DIMINUIÇÃO OU PERDA DA SENSIBILIDADE PLANTAR: NÃO SENTE O MONOFILAMENTO 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
2	DEFICIÊNCIA(S) VISÍVEL(EIS) CAUSADA(S) PELA HANSENIASE COMO: <ul style="list-style-type: none"> •LAGOFTALMO •ECTRÓPIO •TRIQUIASE E/OU <ul style="list-style-type: none"> •OPACIDADE CORNEANA CENTRAL 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: <ul style="list-style-type: none"> •GARRAS •REABSORÇÃO ÓSSEA •ATROFIA MUSCULAR •MÃO CAÍDA •LESÕES TRÓFICAS •LESÃO TRAUMÁTICA 	DEFICIÊNCIA(S) VISÍVEL(EIS) CAUSADA(S) PELA HANSENIASE COMO: <ul style="list-style-type: none"> •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.	

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 DOMICILIARES

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