



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			
	2	Agravado/doença			Código (CID10)	3	Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7	

Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14		Escolaridade					
	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe	

Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código			
	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	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	35	Classificação Operacional	36

Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				
	38	Modo de Entrada				
	39	Modo de Detecção do Caso Novo				

Dados Lab.	40	Baciloscopia				

Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42		Esquema Terapêutico Inicial	

Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados				

Observações adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função	CRM	Assinatura	

**RESIDÊNCIA**

<b>1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA</b>		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES
<b>2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA</b>		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES

<b>HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO</b>

**DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES**

MITSUDA    1- POSITIVA  mm    2- NEGATIVA  mm    3- ULCERADA    4- NÃO-REALIZADA    9- IGNORADA

ÍNDICE BACILOSCÓPIO: \_\_\_\_\_ (escala logarítmica de Ridley)

HISTOPATOLOGIA    1- I    2- T    3- D    4- V    5- OUTROS RESULTADOS    6- NÃO -REALIZADA    9- IGNORADA

**AValiação DE INCAPACIDADE**

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO	GRAU MÁXIMO DE PÉ	GRAU MÁXIMO DE OLHO
	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas
<b>ZERO</b>	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase
<b>I</b>	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente
<b>II</b>	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	- lagofalmo e / ou ectrópio
	- garras	- garras	- triquíase
	- reabsorção	- reabsorção	- opacidade corneana central
	- mão caída	- pé caído	- Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros
<b>NÃO AVALIADA</b>	- não-avaliada	- não-avaliada	- não-avaliada

PROBLEMAS OCULARES    OUTROS    ACUIDADE VISUAL

Irite      Ceratite      \_\_\_\_\_ ESPECIFICAR    OD   ANOTAR GRAU    OE   ANOTAR GRAU

**RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES**
**NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS:** 

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						