



Ligue – Hansen: 0800-642-7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

FICHA CLÍNICA DE HANSENÍASE

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: () F () M Raça: _____

Ocupação: _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____

ANAMNESE

Queixa Principal: _____

H.D.A.: _____

H. Progressa: _____

H. Familiar (ascendentes e descendentes): _____

Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana

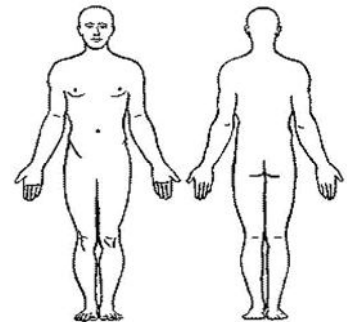
Classificação Operacional: () PB () MB

Esquema Terapêutico: () PQT/PB 6 doses () PQT/MB 12 doses () PQT/MB 24 doses

Baciloscopia: () Positiva () Negativa () Não Realizada Biópsia: () Positiva () Negativa () Não Realizada

Reações: Tipo I – () Tipo II – () Tipo I e II – () () Neurite () Sem reação

Trofismo cutâneo: _____



Inspeção neurológica:

Face Trigêmeo () D () E Facial () D () E

Pescoço Auricular () D () E

Braços Radial () D () E Ulnar () D () E Mediano () D () E

Pernas Fibular () D () E Tibial () D () E

Análise da sensibilidade: Térmica () Hiperestesia () Hipoestesia () Anestésico

Tátil () Hiperestesia () Hipoestesia () Anestésico

Dolorosa () Hiperestesia () Hipoestesia () Anestésico

Assinatura e carimbo (CRM Nº): _____

Data da avaliação: _____