



Ligue Hansen-TO: 0800 - 642 - 7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

ENCAMINHAMENTO PARA EXAME DERMATONEUROLÓGICO

NOME: _____

UBS: _____

Data da consulta: ____/____/____ Horário: _____

Histórico: _____

Prof. Saúde que encaminha: _____

Assinatura e carimbo: _____

.....(cortar aqui).....

CONTRA REFERÊNCIA PARA UBS

NOME: _____

UBS: _____

Diagnóstico: 1. () confirmado hanseníase 2. () des

Conduta: 1. () iniciar PQT 2. () notificar no SINAN 3. () realizar avaliação dos contatos

4. () recomenda imunoprofilaxia com vacina BCG

Data: ____/____/____ Médico: _____

(assinatura e carimbo)

.....(cortar aqui).....



Ligue Hansen-TO: 0800 - 642 - 7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

ENCAMINHAMENTO PARA EXAME DERMATONEUROLÓGICO

NOME: _____

UBS: _____

Data da consulta: ____/____/____ Horário: _____

Histórico: _____

Prof. Saúde que encaminha: _____

Assinatura e carimbo: _____

.....(cortar aqui).....

CONTRA REFERÊNCIA PARA UBS

NOME: _____

UBS: _____

Diagnóstico: 1. () confirmado hanseníase 2. () des

Conduta: 1. () iniciar PQT 2. () notificar no SINAN 3. () realizar avaliação dos contatos

4. () recomenda imunoprofilaxia com vacina BCG

Data: ____/____/____ Médico: _____

(assinatura e carimbo)