



Ligue-Hansen: 0800 642 7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

Município: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_  
Nº da Notificação: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data do Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Nome da Mãe (sem abreviação): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA ANTERIOR

#### 1 - EXAME DERMATOLÓGICO

( ) Manchas ( ) Placas ( ) Nódulos ( ) Infiltrações Nº de lesões cutâneas \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

2 - NERVOS ACOMETIDOS: ( ) Sim ( ) Não, Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

( ) Auricular ( ) Mediano ( ) Radial ( ) Ulnar ( ) Fibular Comum ( ) Tibial Posterior

#### 3 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL

( ) PB ( ) MB

#### 4 - FORMA CLÍNICA

( ) I ( ) T ( ) D ( ) V ( ) N/C

#### 5 - BACILOSCOPIA

( ) Positiva lb: \_\_\_\_\_

( ) Negativa

( ) Não Realizada

#### 6 - GRAU DE INCAPACIDADE

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) N/A

#### 7 - TRATAMENTO:

Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esquema Terapêutico: ( ) PB/ 6 doses ( ) MB/12 doses ( ) MB/24 doses Outros: \_\_\_\_\_

Tempo de Tratamento: \_\_\_\_\_ Doses \_\_\_\_\_ (meses/anos)

Regularidade: ( ) Sim ( ) Não Término do Tratamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

#### 8 - EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:

( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Tipo I/II ( ) Neurites Nº de Episódios \_\_\_\_\_ ( ) Sem Reação

CONDUTA MEDICAMENTOSA: \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA

#### 1 - EXAME DERMATOLÓGICO

( ) Manchas ( ) Placas ( ) Nódulos ( ) Infiltrações ( ) Áreas hipoanestésicas ( ) Lesão Residual ( ) Sem Lesões  
Nº de lesões cutâneas \_\_\_\_\_

2 - NERVOS ACOMETIDOS ( ) Sim ( ) Não, Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

( ) Auricular ( ) Mediano ( ) Radial ( ) Ulnar ( ) Fibular Comum ( ) Tibial Posterior

#### 3 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E FORMA CLÍNICA

( ) PB ( ) MB

( ) I ( ) T ( ) D ( ) V ( ) N/C

TRATAMENTO REALIZADO \_\_\_\_\_

#### 4 - GRAU DE INCAPACIDADE

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2

( ) Não Avaliado

#### 5 - EPISÓDIOS REACIONAIS:

( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Tipo I/II ( ) Neurites ( ) Sem Reação Nº de Episódios \_\_\_\_\_

CONDUTA MEDICAMENTOSA \_\_\_\_\_

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário e encaminhar uma via assinada e carimbada para a Gerência de Hanseníase / SES - TO

**SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA****1 - TEMPO DE ALTA POR CURA:** \_\_\_\_\_ (meses/anos)**Data dos primeiros sintomas na recidiva** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**2 - EXAME DERMATOLÓGICO:** Manchas     Placas     Nódulos     Infiltrações    N° de Lesões: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**3 - NOVOS NERVOS ACOMETIDOS** Auricular     Mediano     Radial     Ulnar     Fibular Comum     Tibial Posterior**4 - BACILOSCOPIA** Positiva     Negativa     Não Realizada    IB: \_\_\_\_\_**5 - GRAU DE INCAPACIDADE** 0     1     2     Não Avaliado**6 - APARECIMENTO DE SINAIS E SINTOMAS**

<input type="checkbox"/> Súbito e inesperado	<input type="checkbox"/> Lento e insidioso
<input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar	<input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar
<input type="checkbox"/> Aparecimento de novas lesões	<input type="checkbox"/> Poucas lesões novas
<input type="checkbox"/> Ulcerações de lesões	<input type="checkbox"/> Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos	<input type="checkbox"/> Nenhuma ou algum nervo envolvido
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteróides	<input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteróides

**7 - DIAGNÓSTICO**

<input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase	<input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase
<input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea	<input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa
<input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase	<input type="checkbox"/> Outros

**8 - CONDUTA**

<input type="checkbox"/> Introduzida medicação antirreacional	<input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa
<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/PB	<input type="checkbox"/> Retirado material para inoculação
<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/MB	

Outros: \_\_\_\_\_

**9 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E FORMA CLÍNICA** PB     MB     I     T     D     V     N/C

Data do Diagnóstico da Recidiva: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico da Unidade de Saúde (carimbo) e CRM\_\_\_\_\_  
Nome da Unidade de Saúde (município)\_\_\_\_\_  
Nome do Médico da Unidade de Referência (carimbo) e CRM\_\_\_\_\_  
Nome da Unidade de Referência (SES/TO)\_\_\_\_\_  
Nome do Supervisor Estadual (SES/TO) e (carimbo)