



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)