GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS
GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
ASSESSORIA DE HANSENÍASE

Ligue – Hansen: 0800-642-7100

E-mail : hanseniasetocantins@gmail.com

GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM HANSENÍASE

MUNICÍPIO

REFERÊNCIA

Município de origem: Nº cartão SUS: | | | | | | | | | | | | | | | |

Unidade de saúde: Telefone: (63)

Responsável pelo preenchimento:

Nome do paciente:

Endereço do paciente:

Data de nascimento: _____/_____/_____ | Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

Nome da mãe (sem abreviação):

Unidade referenciada: Data do encaminhamento do paciente: _____/_____/_____

HISTÓRIA CLINICA (anexar informe sobre tempo de tratamento, data do início de tratamento, se faz uso de prednisona/talidomida e demais informações, exames realizados):

Forma clínica: ( ) I ( ) T ( ) D ( ) V

Esquema terapêutico: ( ) PQT/PB 6 doses ( ) PQT/ MB 12 doses
Esquema Alternativo ( ) Qual?_____

Baciloscopia inicial:

Data da mudança de esquema (se ocorreu): _____/ _____/ _____

Início de tratamento: (1º dose): _____/ _____/ _____

Avaliação de incapacidade no diagnóstico: ( ) Grau Zero ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Não Avaliado

Existência de reações: Tipo I – ( ) Sim ( ) Não Tipo II – ( ) Sim ( ) Não

Intercorrência durante o tratamento:

Medicação atual:

Medicação utilizada:

Corticóide: ( ) Usou ( ) Usa Tempo de Uso: Dosagem:

Outras informações:

Ass. do Médico com carimbo: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA

CONTRARREFERÊNCIA

PARECER: (Anexar exames, informar conduta e terapêutica instituída)

Recidiva: ( ) Sim ( ) Não (Se sim – preencher Ficha de Suspeita de Recidiva e encaminhar uma via para a Assessoria de Hanseníase Estadual)

Forma clínica: ( ) I ( ) T ( ) D ( ) V

Esquema terapêutico: ( ) PQT/PB 6 doses ( ) PQT/ MB 12 doses ( ) PQT/MB 24 doses
Esquema Alternativo ( ) Qual?

Baciloscopia (se realizado):

Biópsia (se realizado):

Data da mudança de esquema (se ocorreu): _____/ _____/ _____

Início de tratamento: (1º dose): _____/ _____/ _____

Avaliação de incapacidade na referência: ( ) Grau Zero ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Não Avaliado

Existência de reações: Tipo I – ( ) Sim ( ) Não Tipo II – ( ) Sim ( ) Não

Medicação prescrita:

Retorno: ( ) Sim ( ) Não **Instituir tempo** (dias, meses, ano):

Ass. do Médico com carimbo: _____
Data: _____/_____/_____