



## PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Contatos: (63) 3218-1731 0800 642 7100 E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com



### INSTRUTIVO DO ANEXO DO MOVIMENTO MENSAL DE HANSENOSTÁTICOS E/OU ANTIRREACIONAIS

**ATENÇÃO** Antes de iniciar o preenchimento do anexo deve-se ter à mão o mapa do mês em curso e prontuário dos

O Anexo deverá ser preenchido em **duas vias** (uma fica no município a outra na área técnica);

1. **Nº de Ordem** – ordenar de forma crescente os pacientes;
2. **Nome completo do Paciente/ mãe** – listar nominalmente os pacientes, colocando o nome completo do paciente e o nome da mãe na linha abaixo do nome do paciente;
3. **Data de Nascimento** – colocar dia, mês e ano de nascimento do paciente;
4. **Data do início do Tratamento** – É a data de administração da primeira dose supervisionada;
5. **Nº da Investigação/Notificação** – transcrever o nº da ficha de notificação da hanseníase (pré-numerada);
6. **Último Comparecimento** - informar a data da última dose supervisionada, **se recebeu duas doses no mesmo mês** informar as duas datas;
7. **Término do Tratamento (se concluído)** – Dia, mês e ano que o paciente concluiu o tratamento;
8. **Tipo de Reação** - descrever qual o tipo de reação (Tipo I, Tipo II, Tipo I e II e Neurite);
9. **Medicamento Utilizado** – Se é PQT/OMS e/ou anti-reacionais;
10. **Dose Recebida** – Nº da dose recebida de PQT/OMS ou antirreacionais;

**OBSERVAÇÕES** - informar ausências, óbito, não adesão ao tratamento, internações, mudança de esquema, entre outros.

**ATENÇÃO:** Fornecer dados dos pacientes que utilizam os medicamentos: **BLISTERS, PREDNISONA, TALIDOMIDA, PENTOXIFILINA, MINOCICLINA, OFLOXACINO e CLOFAZIMINA**, para liberação das solicitações. Quando solicitado PENTOXIFILINA, MINOCICLINA, OFLOXACINO e CLOFAZIMINA DEVEM VIR ANEXADO A CÓPIA DA RECEITA MÉDICA (na 1ª solicitação do medicamento para o usuário). **Em relação a Talidomida devem ser informados para a coordenação os dados dos pacientes.**

