



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

RESOLUÇÃO – CIB Nº 06/2009, de 19 de fevereiro de 2009.

Dispõe sobre a instituição do uso do protocolo de investigação de casos novos de hanseníase em < de 15 anos - Ministério da Saúde

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em de 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a necessidade de implantar o protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos – PCID < 15 em detrimento da alta endemicidade no Tocantins, em anexo;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 19 de fevereiro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a instituição do uso da ficha do Ministério da Saúde de investigação de casos novos de hanseníase em < de 15 anos, conforme anexo;

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

Eugênio Pacceli de Freitas Coêlho
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

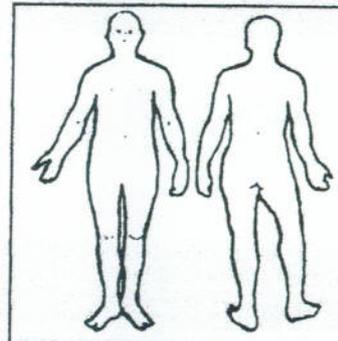
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

- 1 - Unidade de Saúde: _____
- 2 - Município: _____ 3 - UF: _____
- 4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____
- 6 - Nome da Mãe: _____
- 7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
- 9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____
- 11 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano
- 12 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
- 13 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
- 14 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

- 15 - Número de lesões de pele: _____
- 16 - Tipos/características de lesões:
- Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) Sim Não
- Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____
- 17 - Existem áreas com rarefação de pelo?
 não sim Onde? _____
- 18 - Existem nervos acometidos?
 não sim Quantos? _____
- 19 - Teste de Histamina:
 não realizado realizado Resultado: _____



20 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

21 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contra dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo		

- 22 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim
- 23 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB
- 24 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
- 25 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**