



PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DE HANSENÍASE

Município de origem:

Unidade de origem:

Telefone da unidade ou SMS:

Profissional responsável pelo preenchimento (s/ abreviação):

Município de destino:

Nome do paciente (sem abreviação):

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço do paciente:

Nome da mãe (s/ abreviação):

Data do diagnóstico: ____/____/____

Localização e nº de lesões cutâneas existentes no diagnóstico:

Localização e nº de troncos nervosos acometidos existentes no diagnóstico:

Forma clínica: () I () T () D () V

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

Esquema alternativo? () Sim, qual? _____ () Não

Baciloscopia inicial: ____/____/____ Resultado: _____

Início do tratamento: 1ª dose: ____/____/____

Última dose supervisionada: ____/____/____ Quantidade de doses:

Grau de incapacidade inicial (no diagnóstico): () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não avaliado

Grau de incapacidade atual: () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não avaliado Data: ____/____/____

N.º contatos registrados: _____ N.º contatos examinados: _____

Existência de reações: () Tipo 1 () Tipo 2 () Tipo 1 e 2 () Neurite () Sem reação

Medicação usada:

Outras informações: (alterações encontradas no grau de incapacidade inicial e atual. Nomear os contatos examinados no verso).

Ass. do profissional: _____ Função: _____ Data: ____/____/____
(carimbo)