



PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENIASE
RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTE CRÍTICO - IIC

IDENTIFICAÇÃO - PACIENTE	
Nome do paciente (sem abreviação):	
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: ____ anos
Sexo: () Masculino () Feminino	
Nome da Mãe (s/ abreviação):	
Nome do Pai (s/ abreviação):	
Endereço:	
Escola:	
DADOS DO PACIENTE – UNIDADE DE SAÚDE	
Unidade de origem:	
Telefone da unidade ou SMS:	
Profissional Responsável pelo Preenchimento (s/ abreviação):	
Nº Conselho:	
Data do diagnóstico: ____/____/____	
Forma Clínica: () I () T () D () V	
Classificação Operacional: () PB () MB	
Incapacidade: () Olho Direito () Olho Esquerdo () Mão Direita () Mão Esquerda () Pé Direito () Pé Esquerdo	
Qual foi a primeira manifestação? _____	
Quando notou? _____ Quem notou? _____	
O que foi feito em relação a isso:	
Nada . Por quê? _____	
Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____	
Qual foi o tratamento administrado? _____	
Quanto dinheiro gastou? _____	
Qual foi a resposta ao tratamento? _____	
Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____	
Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____	

Qual foi o tratamento administrado? _____	



Quanto dinheiro gastou? _____

Qual foi a resposta ao tratamento? _____

Em relação à incapacidade:

O que foi feito em relação a isso:

Nada . Por quê? _____

Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____

Qual foi o tratamento administrado? _____

Quanto dinheiro gastou? _____

Qual foi a resposta ao tratamento? _____

Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____

Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____

Qual foi o tratamento administrado? _____

Quanto dinheiro gastou? _____

Qual foi a resposta ao tratamento? _____

Perguntar ao pai ou mãe:

Em sua opinião, qual é a doença da criança? _____

Em sua opinião, qual é a causa da incapacidade? _____

Como a criança foi identificada?

- () Durante consulta no estabelecimento de saúde
- () Pelo profissional de saúde durante consulta de rotina
- () Pelo profissional de saúde durante levantamento geral
- () Pelo profissional de saúde durante campanha
- () Pelo enfermeiro da unidade de abrangência
- () Pelo profissional de saúde durante levantamento escolar
- () Outros, especifique _____

Em relação à Unidade de saúde:

Acessibilidade de estabelecimento de saúde no lugar da residência da criança:

() Fácil acesso () Difícil acesso

Distância em Km: _____

Disponibilidade de meios de transporte: () Sim () Não

Qual utiliza para chegar a unidade? _____

Disponibilidade diária de serviços de PQT:

() Sim () Não () Dias específicos

Quem é responsável pelo diagnóstico e manejo da hanseníase na Unidade: _____



Capacidade de manejo: _____

Situação de treinamento:

Quantos casos de hanseníase foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Quantos casos de crianças foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com incapacidade:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Dispõe de registro e relatórios: () Sim () Não

Dispõe de estoque de medicamentos para PQT: () Sim () Não

Dispõe de esteróides: () Sim () Não

Dispõe de material para educação em saúde: () Sim () Não

Dispõe de diretrizes de manejo de pacientes com hanseníase: () Sim () Não

Alguma atividade de informação, educação e comunicação – IEC na área de interesse nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Alguma visita de técnicos da SES no último ano: () Sim () Não

Há escola na área: () Sim () Não

Houve algum levantamento escolar no último ano: () Sim () Não

Houve alguma outra atividade de detecção de casos na área: () Sim () Não

Qual é o principal método de detecção de casos de hanseníase na área: _____

Em caso de dúvida, para onde o paciente é encaminhado para manejo? _____

Em relação à comunidade:

Há conscientização sobre hanseníase na comunidade (realizar entrevista de algumas pessoas da área): _____

Onde as pessoas buscam tratamento quando doentes e por que? _____

O que eles pensam sobre os serviços oferecidos na saúde municipal? _____

Problemas identificados, com evidências:

Ações sugeridas:

Nome, cargo e assinatura dos membros da equipe: