



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: