

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 3 0. 9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)		
	24	Geo campo 1		Código			
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		
	27	CEP					
28	(DDD) Telefone		29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Ocupação	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação			
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica			
Dados Clínicos	1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados	
	1 - PB 2 - MB							
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico					0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38	Modo de Entrada					1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado	
	39	Modo de Detecção do Caso Novo					1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
Dados Lab.	40	Baciloscopia					1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial			
	1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos							
Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados						

Observações adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007	

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS	MONOFILAMENTOS	
		COR	GRAMAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e /ou pés devido à Hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos		
	Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos ou pés (não sente 2g ou toque da caneta)	Verde	0,05
2	Olhos: Lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 não conta dedos a 6m	Lilás	2,0
	Mãos; Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída	Vermelho Fechado	4,0
		Vermelho Cruzado	10,0
		Vermelho Aberto	300,0
	Pés: Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo	Preto	sem resposta

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU		ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E	D	E	
Avaliação no diagnóstico _/_/____									
Avaliação na alta _/_/____									

CONTATOS INTRADOMICILIARES

	NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1			_/_/____	_/_/____
2			_/_/____	_/_/____
3			_/_/____	_/_/____
4			_/_/____	_/_/____
5			_/_/____	_/_/____
6			_/_/____	_/_/____
7			_/_/____	_/_/____
8			_/_/____	_/_/____
9			_/_/____	_/_/____
10			_/_/____	_/_/____