

PNCH/SVS-MS **Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura**

Regional de Saúde _____ Mun. Notificação: _____ UF _____ Unidade de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____ N.º Prontuário: _____
--	--

Identificação do Paciente

Nome: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: M) Masc F) Fem
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____
 Município de Residência: _____ UF _____

História Anterior

1. Exame Dermatoneurológico:
 1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não
 Manchas Placas Nódulos Infiltrações N.º De Lesões _____
 Outras _____
 1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não
 Auricular Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial

2. Classificação 1)PB 2)MB <input type="checkbox"/> 1)I, 2)T, 3)D, 4)V, <input type="checkbox"/> Data do Diagnóstico ___/___/___	3. Baciloscopia <input type="checkbox"/> 1)Positiva Ib _____ 2)Negativa 3)Não Realizada/Não informada	4. Grau Incapacidade <input type="checkbox"/> 0)Zero 1)Um 2)Dois 3) Não Avaliado/Não Informado
--	---	---

5. TRATAMENTO

Data do Início do Tratamento Anterior: ___/___/___
 1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____
 Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não
 Data do Término do Tratamento: ___/___/___
 Observações: _____

6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:

1) Sim, se sim assinalar TIPO I TIPO II TIPO I / II NEURITES N.º DE EPISÓDIOS _____
 2) Não
 Condução (Medicamentos usados): _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA

1. Exame Dermatoneurológico
 1.1 Lesões cutâneas 1) Sim 2) Não

Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>
Manchas <input type="checkbox"/>	Lesão residual <input type="checkbox"/>
Placas <input type="checkbox"/>	Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/>
Nódulos <input type="checkbox"/>	N.º de lesões _____

1.2 Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não
 Auricular Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial

2. Episódios Reacionais:
 1) Sim, se sim assinalar TIPO I TIPO II TIPO I / II
 2) Não
 Condução (Medicamentos usados): _____

3. Grau De Incapacidade:
 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva ___/___/___

1. EXAME DERMATONEUROLÓGICO

1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não

Manchas
Placas
Nódulos

Infiltrações
Outras
No De Lesões _____

1.2 Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não

Auricular Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial

2. BACILOSCOPIA

IB _____

1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada/Não informada

3. GRAU DE INCAPACIDADE

0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não

TIPO I

TIPO II

TIPO I/II

NEURITES

Conduta (Medicamentos usados): _____

5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não

Aparecimento súbito e inesperado
 Acompanhados de febre e mal estar
 Aparecimento de várias lesões novas
 Ulceração das lesões
 Envolvimento de muitos nervos
 Boa resposta aos esteróides

Lento e insidioso
 Sem febre e mal estar
 Poucas lesões novas
 Sem ulceração
 Nenhum ou algum nervo envolvido
 Resposta não pronunciada aos esteróides

6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não

Estado reacional de hanseníase
 Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)
 Recidiva de hanseníase
 Recidiva e estado reacional de hanseníase
 Suspeita de resistência medicamentosa
 Outros (especificar) _____

7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não

Data ___/___/___

Introduzida medicação anti-reacional
 Introduzida PQT/PB
 Introduzida PQT/MB
 Iniciada investigação para resistência medicamentosa/retirado material para inoculação
 Outros (especificar) _____

8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA

1)I, 2)T 3)D 4)V 1)PB 2)MB

Data diagnóstico da recidiva ___/___/___

_____, DE _____ DE _____

NOME (CRM)

NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL