

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

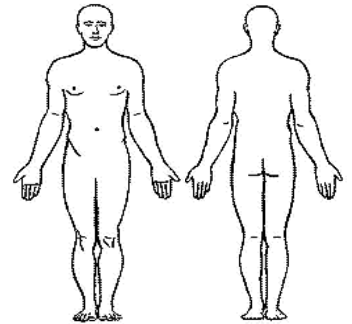
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos – PCID < 15

- 1 – Unidade de Saúde: _____
 2 – Município: _____ 3 – UF: _____
 4 – Nome do Paciente: _____ 5 – Nº Prontuário: _____
 6 – Nome da Mãe: _____
 7 – Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ 8 – Idade: _____ anos
 9 – Município de Residência: _____ 10 – UF: _____
 11 – Há quanto tempo apareceram os sinais e sintomas?
 () Menos de 6 meses () De 6 meses há 1 ano () Mais de 1 ano
 12 – Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? () Sim () Não
 Qual o problema / doença havia sido identificado? _____
 13 – Existem outras pessoas com problemas de pele na família? () Sim () Não Quantas? _____
 14 – Existe ou existiu doente de hanseníase na família? () Sim () Não Quantas? _____

Obs.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

- 15 – Número de lesões de pele: _____
 16 – Tipos/características de lesões:
 Área (s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) () Sim () Não
 Manchas (s) com alteração da coloração da pele () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter. Sensibilidade
 Placas eritematomatosa com bordas elevadas () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter. Sensibilidade
 Nódulos/pápulas () infiltração () outras (especificar): _____
 17 – Cicatriz de BCG: () Nenhuma () Uma () Duas ou mais
 18 – Existem áreas com rarefação de pelo?
 () Não () Sim, onde? _____
 19 – Existem nervos acometidos?
 () Não () Sim, quantos? _____
 20 – Teste de Histamina:
 () Não realizado () Realizado Resultado: _____
 21 – Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado:
 22 – Avaliação do grau de incapacidade:



Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura de tornozelo			

- 23 – Caso confirmado como caso de Hanseníase? () Sim () Não
 24 – Data do diagnóstico: _____ / _____ / _____ Classificação Operacional: () PB () MB
 25 – Nome do profissional: _____ CRM: _____
 26 – Data do preenchimento do protocolo: _____ / _____ / _____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário e encaminhar uma via para a Gerência de Hanseníase/SESAU