

## FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS DOMICILIARES DE HANSENIASE

MUNICÍPIO: _____ UF: _____	N ° DA NOTIF. DO CASO DE HANSENIASE NO SINAN: _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____	Nº PRONTUARIO: _____

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
NOME: _____	
ENDEREÇO: _____	
MUNICÍPIO: _____	UF: _____
DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/>	

CONTATOS DOMICILIARES										
Nº ORDEM	NOME	DT NASC.	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLOGICO			TESTE RAPIDO		BCG	
				DATA	SUSP.	CONF.	POSIT	NEGAT	_/_/_	_/_/_
1.									_/_/_	_/_/_
2.									_/_/_	_/_/_
3.									_/_/_	_/_/_
4.									_/_/_	_/_/_
5.									_/_/_	_/_/_
6.									_/_/_	_/_/_
7.									_/_/_	_/_/_
8.									_/_/_	_/_/_
9.									_/_/_	_/_/_
10.									_/_/_	_/_/_
11.									_/_/_	_/_/_
12.									_/_/_	_/_/_
13.									_/_/_	_/_/_
14.									_/_/_	_/_/_
15.									_/_/_	_/_/_

\*Exame dermatoneurologico: SUSP.(SIM OU NÃO) CONF. (SIM OU NÃO)

\* BCG - Anotar a data da aplicação da BCG, quando houver o cartão ou registrar se existe cicatriz vacinal.

\* Teste rápido: Marcar com (X) se positivo ou negativo