

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

Município: _____ Unidade de Saúde: _____ Nº do Prontuário: _____
Nº da Notificação: _____ Data da Notificação: ____/____/____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino
Nome da Mãe (sem abreviação): _____
Endereço: _____ Telefone: _____

HISTÓRIA ANTERIOR

1 - EXAME DERMATOLÓGICO

() Manchas () Placas () Nódulos () Infiltrações Nº de lesões cutâneas _____ Outros: _____

2 - NERVOS ACOMETIDOS: () Sim () Não,

() Auricular () Mediano () Radial () Ulnar () Fibular Comum () Tibial Posterior

3 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL

() PB () MB

4 - FORMA CLÍNICA

() I () T () D () V () N/C

5 - BACILOSCOPIA

() Positiva lb: _____

() Negativa

() Não Realizada

6 - GRAU DE INCAPACIDADE

() 0 () 1 () 2 () N/A

7 - TRATAMENTO:

Início: ____/____/____ Término do Tratamento: ____/____/____

Esquema Terapêutico: () PB/ 6 doses () MB/12 doses () MB/24 doses Outros: _____

Tempo de Tratamento: _____ Doses _____ (meses/anos) Regularidade: () Sim () Não

OBSERVAÇÕES: _____

8 - EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:

() Tipo I () Tipo II () Tipo I/II () Neurites Nº de Episódios _____ () Sem Reação

CONDUTA MEDICAMENTOSA: _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA

1 - EXAME DERMATOLÓGICO

() Manchas () Placas () Nódulos () Infiltrações () Áreas hipoanestésicas () Lesão Residual () Sem Lesões

Nº de lesões cutâneas _____

2 - NERVOS ACOMETIDOS () Sim () Não, Se sim, qual(is): _____

() Auricular () Mediano () Radial () Ulnar () Fibular Comum () Tibial Posterior

3 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E FORMA CLÍNICA

() PB () MB

() I () T () D () V () N/C

TRATAMENTO REALIZADO _____

4 - GRAU DE INCAPACIDADE

() 0 () 1 () 2

() Não Avaliado

5 - EPISÓDIOS REACIONAIS:

() Tipo I () Tipo II () Tipo I/II () Neurites () Sem Reação Nº de Episódios _____

CONDUTA MEDICAMENTOSA _____

6 - TEMPO DE ALTA POR CURA: _____ (meses/anos)

Nome do Médico da Unidade de Saúde (carimbo) e CRM _____

Nome da Unidade de Saúde (município) _____

Formulário do SERVIÇO DE REFERENCIA (SUSPEITA DE RECIDIVA)	
1 - Data dos primeiros sintomas na recidiva ____ / ____ / ____	
2 - EXAME DERMATOLÓGICO:	
☐ Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações N° de Lesões: _____ Outros: _____	
3 – NOVOS NERVOS ACOMETIDOS	
☐ Auricular ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Ulnar ☐ Fibular Comum ☐ Tibial Posterior	
4 – BACILOSCOPIA	
☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Não Realizada IB: _____	
5 - GRAU DE INCAPACIDADE	
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Não Avaliado	
6 – APARECIMENTO DE SINAIS E SINTOMAS	
☐ Súbito e inesperado ☐ Acompanhados de febre e mal estar ☐ Aparecimento de novas lesões ☐ Ulcerações de lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteróides	☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhuma ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteróides
7 – DIAGNÓSTICO	
☐ Estado reacional de hanseníase ☐ Classificação operacional inicial errônea ☐ Recidiva de hanseníase	☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase ☐ Suspeita de resistência medicamentosa ☐ Outros
8 – CONDUTA	
☐ Introduzida medicação antirreacional ☐ Introduzida PQT/PB ☐ Introduzida PQT/MB	☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa ☐ Retirado material para inoculação Outros: _____
9 – CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E FORMA CLÍNICA	
☐ PB ☐ MB ☐ I ☐ T ☐ D ☐ V ☐ N/C Data do Diagnóstico da Recidiva: ____ / ____ / ____	

OBSERVAÇÕES:

Local: _____, _____ de _____ de _____

Nome do Médico da Unidade de Referência (carimbo) e CRM

Nome da Unidade de Referência (SES/TO)

Nome do Supervisor Estadual (SES/TO) e (carimbo)