

GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM HANSENÍASE

MUNICÍPIO	REFERÊNCIA	
	Município de origem:	Nº cartão SUS: <input type="text"/>
	Unidade de saúde:	Telefone: (63) <input type="text"/>
	Responsável pelo preenchimento: <input type="text"/>	
	Nome do paciente: <input type="text"/>	
	Endereço do paciente: <input type="text"/>	
	Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: () Masc. () Fem.
	Nome da mãe (sem abreviação): <input type="text"/>	
	Unidade referenciada: <input type="text"/>	Data do encaminhamento do paciente: ____/____/____
	HISTÓRIA CLÍNICA (anexar informe sobre tempo de tratamento, data do início de tratamento, se faz uso de prednisona/talidomida e demais informações, exames realizados):	
	<input type="text"/>	
	Forma clínica: () I () T () D () V	
	Esquema terapêutico: () PQT/PB 6 doses () PQT/ MB 12 doses	
	Esquema Alternativo () Qual? <input type="text"/>	
	Baciloscopia inicial: <input type="text"/>	
	Data da mudança de esquema (se ocorreu): ____/____/____	
	Início de tratamento: (1º dose): ____/____/____	
	Avaliação de incapacidade no diagnóstico: () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não Avaliado	
Existência de reações: Tipo I – () Sim () Não Tipo II – () Sim () Não		
Intercorrência durante o tratamento: <input type="text"/>		
Medicação atual: <input type="text"/>		
Medicação utilizada: <input type="text"/>		
Corticóide: () Usou () Usa Tempo de Uso: <input type="text"/> Dosagem: <input type="text"/>		
Outras informações: <input type="text"/>		
Ass. do Médico com carimbo: <input type="text"/>		

UNIDADE DE REFERÊNCIA	CONTRARREFERÊNCIA	
	PARECER: (Anexar exames, informar conduta e terapêutica instituída)	
	<input type="text"/>	
	Recidiva: () Sim () Não (Se sim – preencher Ficha de Suspeita de Recidiva e encaminhar uma via para a Assessoria de Hanseníase Estadual)	
	Forma clínica: () I () T () D () V	
	Esquema terapêutico: () PQT/PB 6 doses () PQT/ MB 12 doses () PQT/MB 24 doses	
	Esquema Alternativo () Qual? <input type="text"/>	
	Baciloscopia (se realizado): <input type="text"/>	
	Biópsia (se realizado): <input type="text"/>	
	Data da mudança de esquema (se ocorreu): ____/____/____	
	Início de tratamento: (1º dose): ____/____/____	
	Avaliação de incapacidade na referência: () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não Avaliado	
	Existência de reações: Tipo I – () Sim () Não Tipo II – () Sim () Não	
	Medicação prescrita: <input type="text"/>	
	Retorno: () Sim () Não Instituir tempo (dias, meses, ano): <input type="text"/>	
Ass. do Médico com carimbo: <input type="text"/>		
Data: ____/____/____		