

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE  
DEPARTAMENTO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

Formulário de Investigação do Grau 2 de Incapacidade Física na Hanseníase

Dados Gerais

1. UF da notificação\*: |\_\_| |\_\_|
2. Município da notificação\*:
3. Data da investigação\*: \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_
4. Nome do profissional responsável pela investigação\* (sem abreviações):
5. Telefone do responsável pela investigação: (\_\_\_\_) \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
6. E-mail responsável pela investigação\*:

Identificação

7. Nome completo do Paciente\* (sem abreviações): \_\_\_\_\_
8. Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_
9. Número de Notificação\* (SinanNet): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
10. Data do Diagnóstico\* (SinanNet): \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_
11. GIF-2 no diagnóstico confirmado\*: |\_\_|
  1. Sim
  2. Não

Se a resposta for "sim" passar para o item 13 e se for "não" preencher o item 12.

12. Se não, qual o motivo que levou ao equívoco da atribuição do GIF-2\*: |\_\_|
  1. Erro de preenchimento ou Desatualização da ficha de notificação/digitação no Sinan
  2. Avaliação Neurológica e/ou atribuição do grau incorreta
  3. Outro Qual? \_\_\_\_\_

Após preencher esse item, passar para o bloco Anexos itens 20, 21 e 22.

Incapacidade Física

13. Qual a condição clínica para a atribuição do GIF 2 nos olhos\*: (marcar X em uma ou mais repostas)

1. Lagoftalmo       2. Ectrópio       3. Triquíase

4. Opacidade corneana central

5. Não conta dedos a 6 m ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60

6. Não se aplica

14. Qual a condição clínica para a atribuição do GIF 2 nas mãos\*: (marcar X em uma ou mais repostas)

1. Garra       2. Mão caída       3. Contratura

4. Atrofia Muscular       5. Feridas tróficas e/ou traumáticas

6. Reabsorção       7. Não se aplica

15. Qual a condição clínica para a atribuição do GIF 2 nos pés\*: (marcar X em uma ou mais repostas)

1. Garra       2. Pé caído       3. Contratura

4. Atrofia Muscular       5. Feridas tróficas e/ou traumáticas

6. Reabsorção       7. Não se aplica

16. Qual o possível motivo do diagnóstico tardio?

1. Demora em procurar ou da família em trazer o paciente para a unidade de saúde
2. Dificuldade no acesso a consulta na unidade
3. Profissionais não suspeitaram de hanseníase
4. Sem informação

17. Você preferiria que as pessoas não soubessem que você tem hanseníase?

1. Sim
2. Não
3. Sem informação

Estigma e Discriminação

Estigma e Discriminação

18. Alguma vez te pediram para se manter afastado(a) das suas atividades (trabalho, escola ou grupo social) por conta da hanseníase? | \_\_\_ |
1. Sim
  2. Não
  3. Sem informação

Condutas e Encaminhamentos

19. Instituído Plano de Cuidado para o paciente? | \_\_\_ |
1. Sim
  2. Não
  3. Sem informação

Anexos

*(Formato PDF ou JPEG)*

20. Anexo – 1º Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada\*
21. Anexo – 2º Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada
22. Anexo – Outros

### TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

O PACIENTE, de forma livre, espontânea e informada, AUTORIZA, expressamente, a utilização, sem qualquer tipo de ônus (inclusive financeiro), remuneração ou indenização das imagens colhidas na avaliação de hanseníase realizada por profissional de saúde, por meio de fotografia do seu caso clínico, para serem utilizadas com a finalidade de subsidiar as condutas terapêuticas e encaminhamentos que serão prescritos, ficando resguardado o dever de sigilo profissional. As imagens serão tratadas nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados e o dado pessoal sensível será tratado somente pelos profissionais de saúde envolvidos pela assistência do paciente com o único objetivo de reabilitar o paciente.

Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente (maior de idade) ou responsável legal.**

Se responsável legal, informe o nome completo e CPF abaixo:

Nome:

CPF: