



Telefone (63)3027-4449

E-mail: [hanseniasetocantins@gmail.com](mailto:hanseniasetocantins@gmail.com)

## FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS DOMICILIARES DE HANSENÍASE

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DATA DO DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: PB  MB

### 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 dermatoneurológico: 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