

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DE HANSENÍASE

1. DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente (sem abreviação):

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço do paciente:

Nome da mãe (s/ abreviação):

2. DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Município de Origem:

Unidade de origem:

Telefone da unidade ou SMS:

Profissional responsável pelo preenchimento (s/ abreviação):

Município de destino:

3. RESUMO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Data do diagnóstico: ____/____/____

Data do Início Tratamento: ____/____/____

Nº de lesões cutâneas existentes no diagnóstico:

Nº nervos acometidos existente no diagnóstico:

Forma clínica: () I () T () D () V

Classificação Operacional: PB () MB ()

Esquema terapêutico: () PQT-U / 6 doses () PQT-U/ 12 doses

Esquema alternativo? () Sim, qual? _____ () Não

Baciloscopia inicial: ____/____/____ Resultado: _____

Grau de incapacidade inicial (no diagnóstico): () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não avaliado

Grau de incapacidade atual: () Grau Zero () Grau I () Grau II () Não avaliado

Data: ____/____/____

N.º contatos registrados:

N.º contatos examinados:

Doses administradas:

1ªdose: ____/____/____, 2ªdose: ____/____/____; 3ªdose: ____/____/____, 4ªdose: ____/____/____

5ªdose: ____/____/____, 6ªdose: ____/____/____; 7ªdose: ____/____/____, 8ªdose: ____/____/____

9ªdose: ____/____/____, 10ªdose: ____/____/____; 11ªdose: ____/____/____, 12ªdose: ____/____/____

Existência de reações: () Tipo 1 () Tipo 2 () Tipo 1 e 2 () Neurite () Sem reação

Medicação usada para reação :

Outras informações:

Ass. do profissional: _____ Função: _____ Data: ____/____/____

(carimbo)