



### CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO E APRAZAMENTO- HANSENÍASE

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Início do Tratamento: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Clas. Operacional PB  MB  Esq. Substitutivo: \_\_\_\_\_

Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____
Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____
Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____
Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____	Nº dose: _____ Data: ____/____/____	____/____/____

Observações: \_\_\_\_\_