

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO VI

PNCH/SVS-MS	Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura	
Regional de Saúde _____ Mun. Notificação: _____ UF _____ Unidade de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____ N.º Prontuário: _____	
Identificação do Paciente		
Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/> Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Município de Residência: _____ UF _____		
História Anterior		
1. Exame Dermatoneurológico: 1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ Outras _____ 1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>		
2. Classificação 1) PB 2) MB <input type="checkbox"/> 1) I, 2) T, 3) D, 4) V, <input type="checkbox"/> Data do Diagnóstico __/__/__	3. Baciloscopia <input type="checkbox"/> 1) Positiva Ib _____ 2) Negativa 3) Não Realizada/Não informada	4. Grau Incapacidade <input type="checkbox"/> 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado
5. TRATAMENTO		
Data do Início do Tratamento Anterior: __/__/__ 1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/> Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> Data do Término do Tratamento: __/__/__ Observações: _____		
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:		
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____ Condução (Medicamentos usados): _____		
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA		
1. Exame Dermatoneurológico 1.1 Lesões cutâneas 1) Sim 2) Não Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Lesão residual <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> N.º de lesões _____		
1.2 Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>		
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> Condução (Medicamentos usados): _____		
3. Grau De Incapacidade: 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>		

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva ___/___/___

1. EXAME DERMATONEUROLÓGICO

1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não

Manchas
Placas
Nódulos Infiltrações
Outras
No De Lesões _____

1.2 Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não

Auricular Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial **2. BACILOSCOPIA**

IB _____

1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada/Não informada

3. GRAU DE INCAPACIDADE

0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não TIPO I TIPO II TIPO I/II NEURITES

Conduta (Medicamentos usados): _____

5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não Aparecimento súbito e inesperado
 Acompanhados de febre e mal estar
 Aparecimento de várias lesões novas
 Ulceração das lesões
 Envolvimento de muitos nervos
 Boa resposta aos esteróides Lento e insidioso
 Sem febre e mal estar
 Poucas lesões novas
 Sem ulceração
 Nenhum ou algum nervo envolvido
 Resposta não pronunciada aos esteróides**6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:** 1) Sim, 2) Não Estado reacional de hanseníase
 Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)
 Recidiva de hanseníase
 Recidiva e estado reacional de hanseníase
 Suspeita de resistência medicamentosa
 Outros (especificar) _____**7. CONDUTA** 1) Sim, 2) Não

Data ___/___/___

 Introduzida medicação anti-reacional
 Introduzida PQT/PB
 Introduzida PQT/MB
 Iniciada investigação para resistência medicamentosa/retirado material para inoculação
 Outros (especificar) _____**8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA**1)I, 2)T 3)D 4)V 1)PB 2)MB

Data diagnóstico da recidiva ___/___/___

_____, ____ DE _____ DE _____

NOME (CRM)_____
NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL