FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Nome _____ DataNasc. ____/____/____

Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Município: _____ Unidade Federada: _____

Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Inicio PQT: ___/____/___ Data Alta PQT: ___/____/____

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

MONOFILAMENTOS	
COR	**GRAMAS**
Verde	**0,05**
Azul	**0,2**
Lilás	**2,0**
Vermelho Fechado	**4,0**
Vermelho Cruzado	**10,0**
Vermelho Aberto	**300,0**
Preto	**s/resposta**

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico / /								
Avaliação na alta / /								