



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASO DE HANSEÍASE/CONTATOS INTRADOMICILIARES

**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
"Prof. Alexandre Vranjac"

UNIDADE DE SAÚDE		Nº DA MATRÍCULA NA US		MUNICÍPIO	
GVE		Nº DO SINAN		DATA NOTIFICAÇÃO	
NOME					
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		DATA NASCIMENTO / /	IDADE (anos)	OCUPAÇÃO	
NOME DA MÃE					
ENDEREÇO (anotar a lápis)					
DATA DO DIAGNÓSTICO / /		DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO NESTA US / /		ESCOLARIDADE	
<b>MODO DE DETECÇÃO DE CASO NOVO</b> <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> EXAME DE COLETIVIDADE		<b>MODO DE ENTRADA</b> <input type="checkbox"/> EXAME CONTATOS <input type="checkbox"/> OUTROS MODOS qual (especificar) <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> RECIDIVA <input type="checkbox"/> OUTROS REINGRESSOS		<b>FORMA CLÍNICA INICIAL</b> MB <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> IGN PB <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T	
		<b>BAAR INICIAL</b> <input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA IB: _____		<b>HISTOPATOLOGIA</b> <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N.R. <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> OUTRO	
<b>HISTÓRICO DO TRATAMENTO</b> <input type="checkbox"/> VIRGEM TRATAMENTO <input type="checkbox"/> TRATADO ANTERIORMENTE <b>Esquema Tratamento Inicial</b> <input type="checkbox"/> PQT/PB/6 DOSES <input type="checkbox"/> PQT/PB/12 DOSES <input type="checkbox"/> OUTROS ESQ. SUBSTITUTIVOS			<b>DADOS CLÍNICOS</b> Nº DE LESÕES CUTÂNEAS: _____ Nº TRONCOS NERVOSOS ACOMETIDOS: _____ <b>Avaliação Incapacidade Inicial Grau (I, II, S. INC., Não Avaliado)</b> MÃO: _____ PÉ: _____ OLHO: _____ LEITURA MITSUDA: _____ mm <input type="checkbox"/> ULCERADO		
<b>DADOS ATUALIZAÇÃO DO CASO</b>					
<b>FORMA CLÍNICA ATUAL</b> MB <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> IGN PB <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T		<b>TRATAMENTO ATUAL</b> <input type="checkbox"/> PQT/PB/6 DOSES <input type="checkbox"/> OUTROS ESQ. SUBSTITUTIVOS <input type="checkbox"/> PQT/PB/12 DOSES <input type="checkbox"/> PQT/PB/24 DOSES DATA DA INTRODUÇÃO: ____/____/____		<b>AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE ATUAL</b> MÃO: _____ PÉ: _____ OLHO: _____ Grau (I, II, S. INC., Não Avaliado)	
		<b>SAÍDA DO REGISTRO</b> <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> ERRO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> TRANFERÊNCIA: _____		<input type="checkbox"/> ALTA CURA <input type="checkbox"/> ABANDONO DATA: ____/____/____	

APRAZAMENTO																				
ANO	MESÊS												NÚMERO DE DOSES SUPERVISIONADAS							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
1													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CADASTRO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES																				
Nº	NOME DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES	IDADE	TEMPO RES. SP	AVALIAÇÃO					CICATRIZ	BCG 1ª (mês/ano)	BCG 2ª (mês/ano)									
				ANO	ANO	ANO	ANO	ANO												
1									sim	não										
2									sim	não										
3									sim	não										
4									sim	não										
5									sim	não										
6									sim	não										
7									sim	não										
8									sim	não										
9									sim	não										
10									sim	não										
ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO:				ANO AVALIAÇÃO	NL - NORMAL AD - ADOECIU	ALTA NC - NÃO COMPARECEU	CICATRIZ MARCAR COM UM X EX: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		BCG ANOTAR MÊS E ANO											