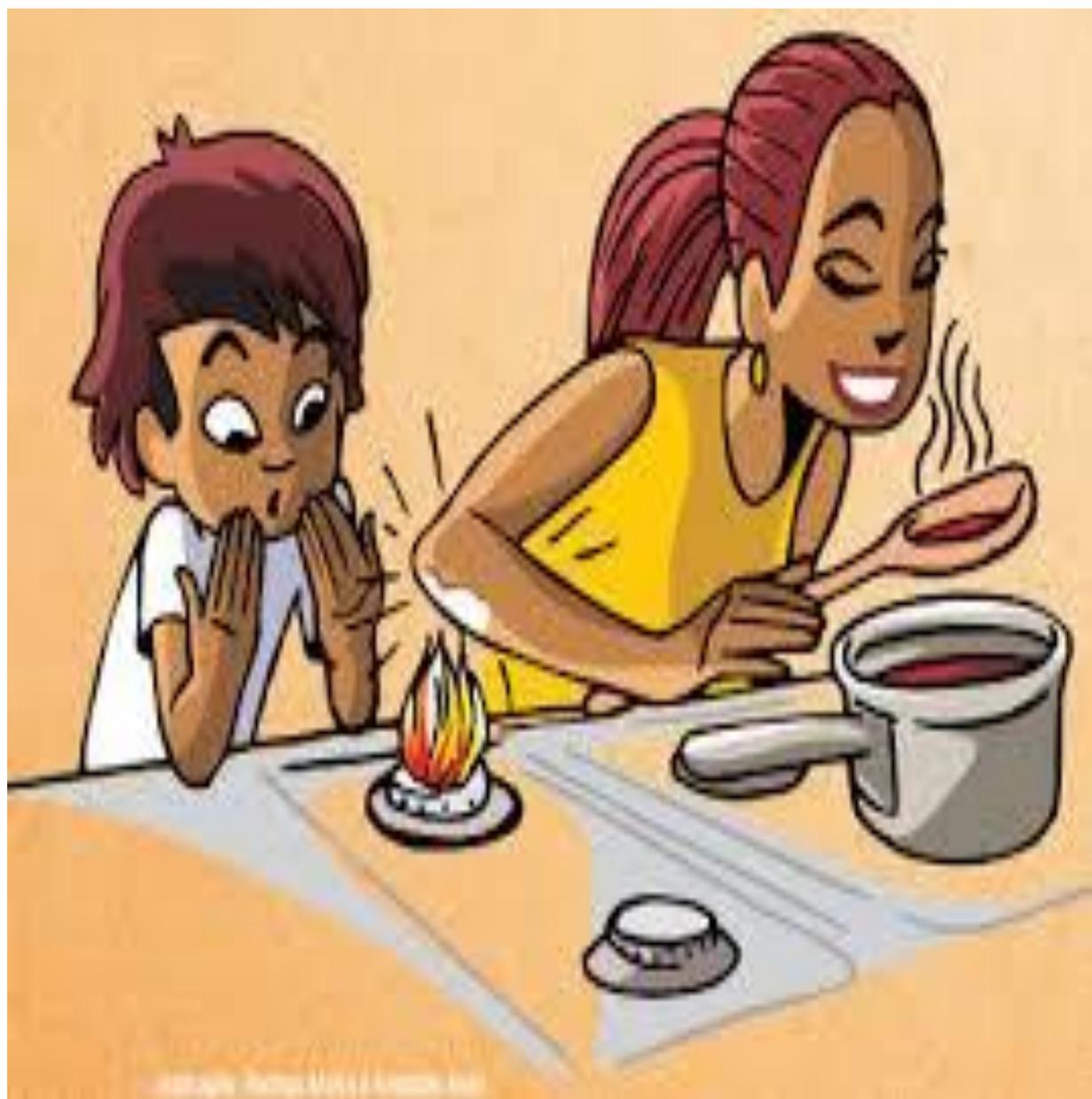


PROTOCOLO PARA VIGILÂNCIA, ATENÇÃO, CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO PIAUÍ



Secretaria de Saúde do Estado - SESAPI
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SUPAT
Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS
Gerência de Atenção à Saúde - GAS
Coordenação de Doenças Transmissíveis - CDT
Supervisão de Hanseníase

PROTOCOLO PARA VIGILÂNCIA, ATENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO ESTADO DO PIAUI

Teresina(PI), 2016

FICHA TÉCNICA

REALIZAÇÃO

Secretário de Estado da Saúde do Piauí
Francisco de Assis Oliveira Costa

Superintendente de Atenção Integral à Saúde
Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Diretor de Unidade de Vigilância à Saúde
Herlon Clístenes Lima Guimarães

Gerente de Atenção à Saúde
Luciana Sena Sousa

Coordenadora de Doenças Transmissíveis
Karinna Alves Amorim de Sousa

Supervisão de Hanseníase
Eliracema Silva Alves

ORGANIZAÇÃO

Eliracema Silva Alves

Isabela Maria Magalhães Sales

Inara Viviane de Oliveira Sena

Karinna Alves Amorim de Sousa

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Eliracema Silva Alves – Enfermeira

Francisco Braz Milanêz Oliveira - Enfermeiro

Isabela Maria Magalhães Sales – Enfermeira

Inara Viviane de Oliveira Sena - Enfermeira

Karinna Alves Amorim de Sousa - Enfermeira

Luciana Sena Sousa – Enfermeira

Lindalva Maria Ferreira Marques- Téc. Saúde Pública

Rosineidia do P. Socorro Araújo – Nutricionista

Telma Maria Evangelista de Araújo-
Enfermeira

REVISÃO TÉCNICA

Ana Lúcia França da Costa - Médica

Luimar de Jesus Santos- Médico

Marco Andrey Cipriani Frade - Médico

E-mail: hanseníase@saúde.pi.gov.br

Contato: (86) 3216-3663

HOMEPAGE

www.saude.pi.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 5.000 exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA

P582p Piauí.Secretaria de Saúde do Estado

Protocolo para vigilância, atenção e controle da hanseníase no Estado do Piauí/Organização, Eliracema Silva Alves...[et.al].

Teresina:EDUFPI,2015. 62.p.:il ISBN: 978-85-7463-844-7

1. Hanseníase-Diagnóstico.2.Hanseníase-Tratamento3.Vigilância Epidemiológica. I.Alves, Eliracema Silva. II.Título

CDD 616.993

SUMÁRIO

1.	Apresentação.....	5
2.	Introdução.....	6
3.	Sinais e Sintomas.....	8
4.	Diagnóstico.....	10
5.	Classificação Operacional.....	13
6.	Classificação Clínica.....	14
7.	Reações Hansênicas.....	21
8.	Avaliação do Grau de Incapacidade.....	31
9.	Tratamento.....	44
10.	Vigilância Epidemiológica.....	51
11.	Encerramento do Tratamento.....	53
12.	Anexos.....	54

1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação de Doenças Transmissíveis e Supervisão de Hanseníase, apresenta este protocolo com o objetivo de orientar os profissionais de saúde acerca da vigilância, manejo clínico, diagnóstico e tratamento frente aos casos de hanseníase com finalidade de reduzir a carga de doença.

“Quanto mais rápido for o diagnóstico da hanseníase mais fácil será curar as pessoas sem deixar marcas e sem prejudicar suas vidas”

2. INTRODUÇÃO

As ações devem ser executadas em toda rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, na atenção especializada nas unidades de referência ambulatorial em hanseníase, devido ao potencial incapacitante da doença.

A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida de acordo com a necessidade de cada caso.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação/Investigação (SINAN) (ANEXO I).

2. INTRODUÇÃO

- **O QUE É HANSENÍASE?**

É uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo), contagiosa que passa de uma pessoa doente que não esteja em tratamento para outra. Em geral, para aparecer os primeiros sintomas, demora de 3 a 5 anos, podendo atingir crianças, adultos e idosos de todas as classes sociais, desde que tenham contato prolongado com o bacilo. Pode causar incapacidades e deformidades, quando não tratada ou tratada tardiamente. Porém é uma doença que tem cura e o tratamento é gratuito disponível em todas as unidades do SUS, sendo um direito de todo cidadão.

3. SINAIS E SINTOMAS

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento polioquimioterápico:

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alterações de sensibilidade;
- b) acometimento dos nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações de sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
e
- c) baciloscopia de esfregaço intradérmico e/ou histopatologia (biopsia)positiva.

3. SINAIS E SINTOMAS

DERMATOLÓGICOS

- *Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas) ou avermelhadas
- *Pápulas
- *Infiltrações
- *Tubérculos
- *Nódulos

NEUROLÓGICOS

- *Dor e/ou espessamento dos nervos periféricos
- *Diminuição e/ou perda da sensibilidade e força muscular, principalmente nas mãos, olhos e pés;
- *Neurite aguda, crônica ou silenciosa;

SISTÉMICOS

- *A hanseníase Virchoviana doença sistêmica com manifestações viscerais importantes (febre, mal- estar e dor) e acomete órgãos como: globo ocular, laringe, fígado, baço, suprarrenais, sistema vascular periférico, linfonodos e testículos;

4. DIAGNÓSTICO

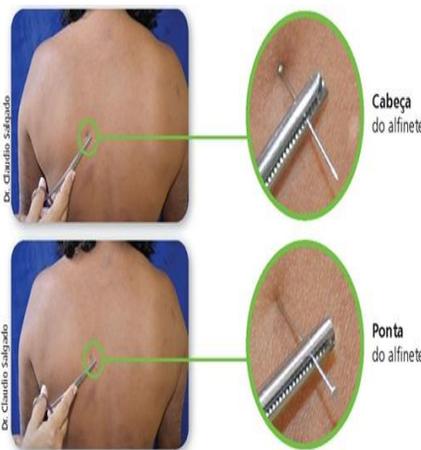
É essencialmente clínico e realizado por meio:
a) da análise da história clínica e das condições de vida do paciente;



b) do exame dermatológico para identificar lesões ou áreas de alteração de sensibilidade e/ou comprometimento dos nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).



Teste de sensibilidade térmica



Teste de sensibilidade dolorosa



Teste de sensibilidade tátil

IMPORTANTE

A alteração de sensibilidade da hanseníase se caracteriza pela distribuição em ilhas, ou seja, áreas de hipoestésias e/ou anestésias circundada por áreas de normoestésias, o que definem padrão de mononeuropatia focal múltipla, com elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da hanseníase.

4. DIAGNÓSTICO

4.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Exame baciloscópico: a baciloscopia de pele (esfregação intradérmica), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para classificação dos casos.
- Sítios para a coleta do material:

*Esfregação dos lóbulos auriculares D e E.
*Esfregação da lesão.
*Esfregação do cotovelo contralateral à lesão.

5. CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DA HANSENÍASE

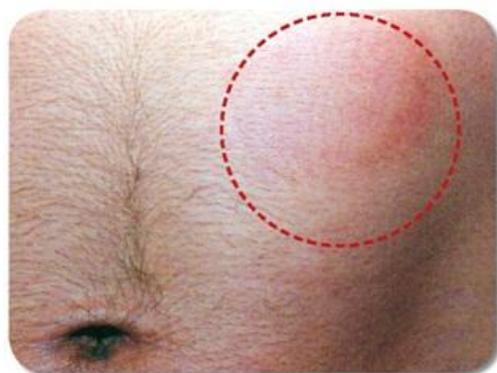
- Visa definir o tratamento com polioquimioterapia, baseado na característica e no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:
 - a) PAUCIBACILAR (PB): Características clínicas definidas como Indeterminado ou Tuberculóide ,até cinco lesões de pele;
 - b) MULTIBACILAR (MB): Características clínicas definidas como Dimorfo ou Virchowiana, mais de cinco lesões de pele;
- Exame complementar para classificação: baciloscopia intradérmica(em caso de positividade do resultado, o caso é classificado como MB, independentemente do número de lesões) assim como no resultado de histopatológico.

ATENÇÃO: A baciloscopia é importante, mas sua ausência ou seu resultado negativo não inviabiliza o diagnóstico clínico firmado.

6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HANSENÍASE

FORMAS CLÍNICAS

- Forma Indeterminada (MHI): caracterizada por mancha(s) hipocrômica(s) de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade térmica. Diagnóstico laboratorial de baciloscopia negativo e ausência de comprometimento neural.



6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HANSENÍASE

- Forma Tuberculoide (MHT): caracterizada por lesões cutâneas isoladas ou assimétricas, são placas eritêmato-hipocrômicas ou eritematosas, bem delimitadas, frequentemente com bordas externas bem elevadas e centro normal, apresentando alterações importantes na sensibilidade, geralmente anestésicos.



6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HANSENÍASE

- Forma Dimorfa (MHD): caracterizada pela concomitância das manifestações clínicas da forma tuberculoide e virchowiana. Podendo apresentar lesões de pele bem delimitadas, ou ao mesmo tempo lesões infiltradas mal delimitadas, com alteração de sensibilidade. As lesões podem apresentar bordas interna nítida e externa difusa, lesões foveolares(favo de mel). Pode também se manifestar por múltiplas máculas hipocrômicas difusas(dorso,mmii e mmss) e com alteração de sensibilidade (hipo e/ou anestésicas). Pode causar comprometimento neural (episodio reacional de alto risco para o desenvolvimento de incapacidades físicas). Quanto a baciloscopia o resultado pode se apresentar negativo ou positivo.

6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HANSENÍASE

- Forma Dimorfa (MHD):



6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA HANSENÍASE

- Forma Virchowiana (MHV): caracterizada por infiltrações de pele (face, lóbulos ou dorso); lesões papulosas ou nodulares, distribuição simétrica. Pode ocorrer rarefação ou perda da lateral das sobrancelhas (madarose) e/ou cílios. Alteração de sensibilidade pode ser difusa ficando difícil a caracterização de áreas normais; requerendo maior cuidado ao exame. Trata-se de uma doença sistêmica com comprometimento visceral e neural. Quanto a baciloscopia o resultado será sempre positivo.



IMPORTANTE



Em caso de dúvida na
classificação do caso,
recomenda-se que ele
seja tratado como
Multibacilar .

7. DIAGNÓSTICO

7.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas das seguintes dermatoses podem se assemelhar a algumas formas e reações de Hanseníase e exigem uma segura diferenciação:

- Pitiríase versicolor, vitiligo, nevo acromico, eczemátides, pitiríase rósea de Gilbert, eritema solar, eritrodermias, eritema nodoso, lúpus eritematoso, dentre outras.

OBS: A principal diferença entre a hanseníase e as outras doenças dermatológicas é que as lesões de pele da hanseníase são caracterizadas pela presença de alterações de sensibilidade, enquanto que as demais doenças não apresentam essa alteração.

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

As reações são a principal causa dos danos neurais e incapacidades na hanseníase. Uma característica da hanseníase é a possibilidade da ocorrência de reações - períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica que podem afetar os nervos.

Os estados reacionais ou reações hansênicas (tipos 1 e 2) são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes (às vezes levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT).

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

Na pele

-Lesões Inflamadas e súbitas, reagudizadas e/ou novas lesões satélites

Nos Nervos

-Dor ou hipersensibilidade;
-Perda de sensibilidade;
-Fraqueza muscular ;

Nos olhos

-Dor, hiperemia conjutival, fotofobia;
-Piora da acuidade visual;
-Piora da força muscular palpebral;
-Piora da sensibilidade corneana;

Mãos e pés

-Edema súbito
-Piora recente da sensibilidade;
-Piora recente da força muscular

Sistêmica

-Orquite, artralgia, febre, calafrios, mal estar geral(ENH - reação tipo 2)

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

7.3 TIPOS DE REAÇÕES HASÊNICAS

-Reação do Tipo 1 ou Reação Reversa:

É causada pelo aumento da atividade do sistema imunológico contra o bacilo da hanseníase ou a resto de bacilos. Caracteriza-se pela inflamação das lesões de pele pré-existentes, lesões satélites, com edema, eritema e calor, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos .



7. REAÇÕES HANSÊNICAS

Reação do Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico - ENH

Ocorre nos casos de alta carga bacilar por formação de imunocomplexos. A reação tipo 2 é sistêmica e caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).



Dr. Carlos Alberto F. Rodrigues



Dr. Carlos Alberto F. Rodrigues



Dr. Carlos Alberto F. Rodrigues

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

7.4 SINAIS E SINTOMAS DAS REAÇÕES HASÊNICAS

Sinais e Sintomas	Reação Tipo 1	Reação Tipo 2
Forma clinica	Paucibacilares e Multibacilares (mais frequente)	Multibacilares
Área envolvida	Mais localizada nas lesões pré-existentes	Generalizada/sistêmica
Inflamação da pele	As lesões de pele estão inflamadas (eritema e edema), mas o resto da pele está normal	Novos nódulos sensíveis ao toque, vermelhos/violáceos, independente da localização das lesões pré-existentes da hanseníase
Acometimento neural	Frequente	Menos frequente
Estado geral do paciente	Bom, sem febre ou com febre baixa	Ruim, com febre e mal-estar geral
Tempo de aparecimento e tipo de paciente	Precocemente durante a PQT; tanto em pacientes PB quanto MB	Mais tardiamente no curso do tratamento; somente nos MB.
Envolvimento ocular	Piora da capacidade de oclusão palpebral	Inflamação ocular (irite, iridociclite, esclerite)

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

Quando suspeitar de neurite?

- Dor aguda;
- Piora da sensibilidade e da força muscular em relação a avaliação anterior;

CONDUTA: TRATAR OU ENCAMINHAR

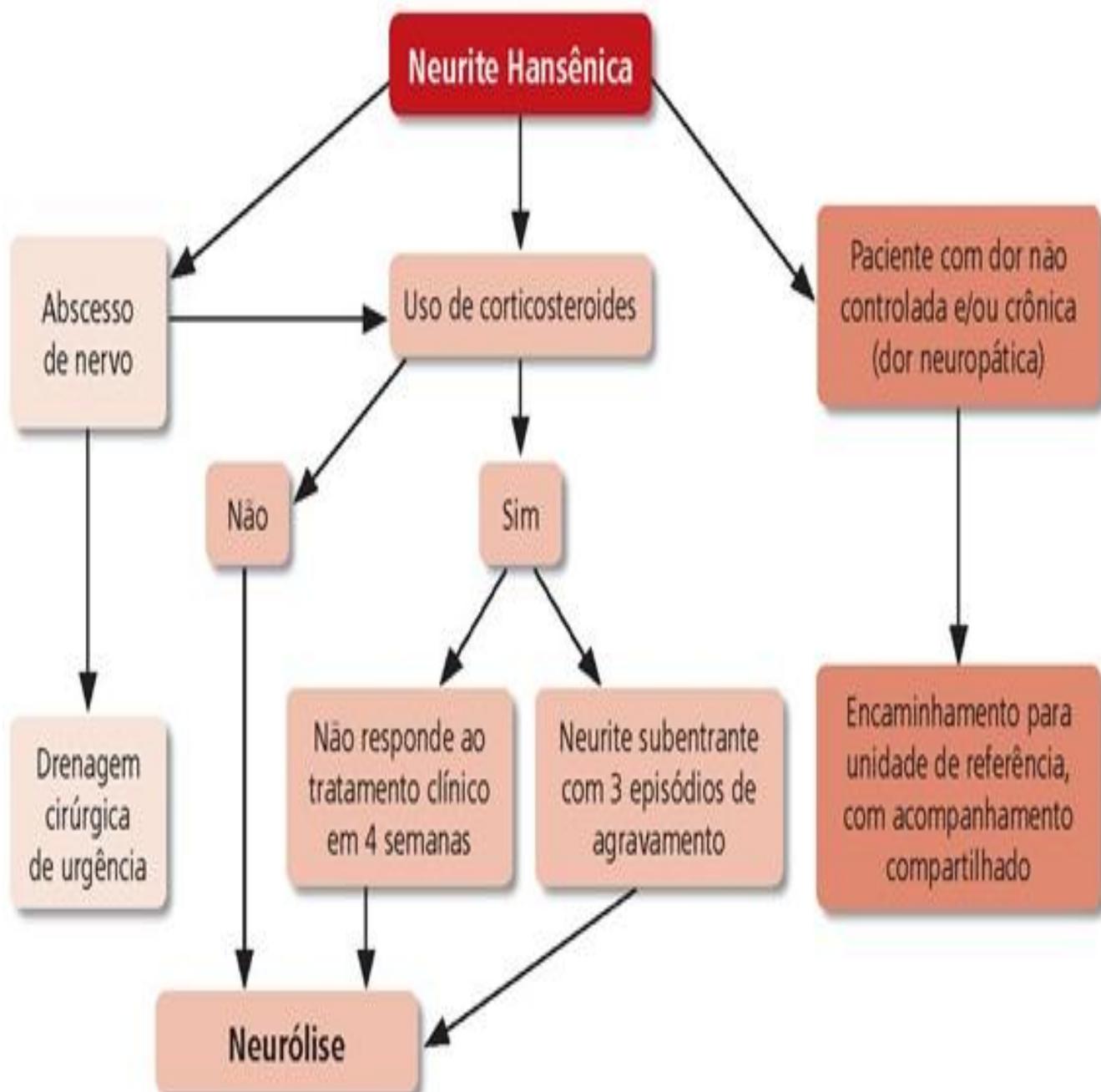
7. REAÇÕES HANSÊNICAS



Neurites na Hanseníase

Dor espontânea ou à compressão nos nervos periféricos, acompanhado ou não de edema localizado. Para efeito de classificação, considera-se neurite isolada casos que apresentam apenas sintomas neurais sem manifestações cutâneas de reações tipo 1 e tipo 2.

7. REAÇÕES HANSÊNICAS



7. REAÇÕES HANSÊNICAS

Frente à suspeita dos episódios reacionais recomenda-se:

- Diferenciar o tipo de reações hansênica;
- Investigar os fatores predisponentes, bem como, infecções, infestações, distúrbios hormonais, anemia, fatores emocionais, dentre outros;
- Tratar com prednisona(0,5 a 1 mg/kg/dia) se tipo 1 ou Talidomida 100 a 300mg/dia se tipo 2.
- Se mulheres em idade fértil substituir talidomida por prednisona e encaminhar à referência.
- As drogas devem ser usadas até melhora clínica das lesões quando devem ser reduzidas lentamente(Prednisona 0,2 mg/kg/dia a cada semana).

7. REAÇÕES HANSÊNICAS

7.5 IDENTIFICAÇÃO DOS EPISÓDIOS REACIONAIS

EXAME FÍSICO
GERAL

EXAME DERMATO-
NEUROLÓGICO

COMORBIDADES E
FOCOS INFECCIOSOS

EDEMA, RUBOR,
CALOR NAS LESÕES
CUTÂNEAS

ESTADO GERAL

PERDA DA FUNÇÃO
NEURAL, SENSITIVA E
MOTORA EM OLHOS,
MÃOS E PÉS

Esses procedimentos são fundamentais para monitorar o comprometimento de nervos periféricos e para avaliação da terapêutica antirreacional

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g, 0,2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

8.1 TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE COM ESTENSIÔMETRO

- Antes de iniciar o teste, retire os monofilamentos do tubo e encaixe-os cuidadosamente no furo lateral do cabo. Disponha-os em ordem crescente do mais fino para o mais grosso;
- O teste começa com o monofilamento mais fino - 0,05g (verde). Se o paciente não sente o monofilamento, utilize o 0,2g (azul) e assim sucessivamente;
- Aplique os filamentos de 0,05g (verde) e 0,2 (azul) com três toques seguidos sobre a pele testada; nos demais monofilamentos, teste somente com um toque;
- Repita o teste, em caso de dúvida;
- Aplique o teste nos pontos específicos correspondentes aos nervos da mão e do pé.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Monofilamentos Semmes-Weinstein



- Verde (0,05g) - sensibilidade normal
- Azul (0,2g) - sensibilidade diminuída
- Violeta (2,0g) - sensibilidade protetora diminuída
- Vermelho fechado (4,0g) - perda da sensibilidade protetora



- ✗ Vermelho cruzado (10,0g) - perda da sensibilidade protetora
- Vermelho circular (300g) - sensibilidade à pressão profunda
- Preto - não sente o filamento de 300g

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

8.2 TESTE DE SENSIBILIDADE

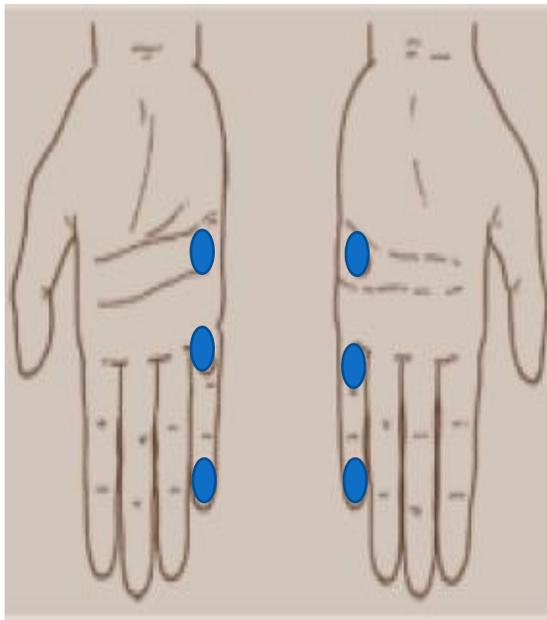
- Teste de sensibilidade para os olhos (córnea)



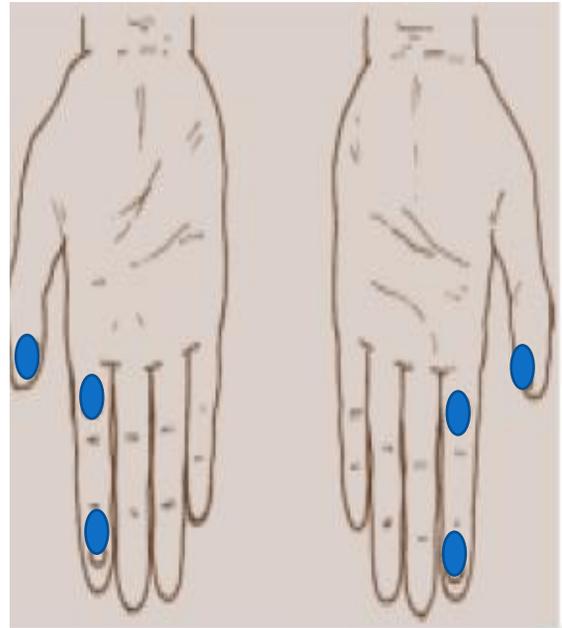
Tocar lateralmente o fio no quadrante inferior externo (temporal) da córnea e observar a resposta a piscar

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Teste de sensibilidade das mãos



Nervo ulnar



Nervo mediano

- Teste de sensibilidade dos pés



(DEMAIS PONTOS: NERVO TIBIAL)

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Formulário para avaliação do grau de incapacidade física (ANEXO II).

-Indica a existência da perda de sensibilidade protetora e/ou deformidades visíveis em olhos, mãos ou pés e/ou cegueira;

-Valores: 0, 1, 2;

-Pode indicar a precocidade do diagnóstico (grau 2 indica diagnóstico tardio);

-ATENÇÃO: não serve para monitoramento da função neural;

-Essa avaliação deve ser realizada por todo profissional capacitado ao menos, no momento do diagnóstico e na alta do paciente;

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	-Realizar o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
1	-Diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos -Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e/ ou pés(não sente o violeta)
2	-Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. -Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. -Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

8.3 AVALIAÇÃO DO NARIZ

Queixas: entupimento, ressecamento, sangramento e coceira;

Inspeção: condições de pele e mucosas nasal, integridade do septo nasal, lesões traumáticas, hansenomas, cicatrizes e deformidades;



Dra Priscila Leiko Fusikawa



Dra Priscila Leiko Fusikawa



Michel Falzal G

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

8.4 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

- Força motora dos olhos

O fechamento dos olhos deve ser sem força (nervo facial)



Fisiológico



Patológico (uso de força)



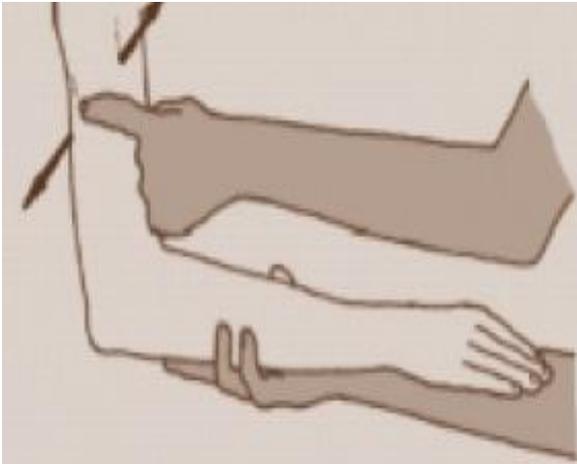
Logoftalmo



Triquíase

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Força motora dos membros superiores



Palpção do nervo radial



Palpção do nervo radial cutâneo

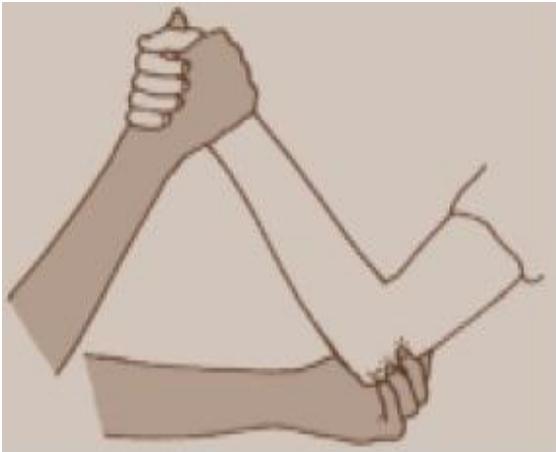


Teste de força muscular através do movimento da extensão do punho

Atenção a espessamentos, dor e choque à palpção dos nervos na hanseníase.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Força motora dos membros superiores



Deve-se palpar o nervo ulnar na fossa epitrocLEAR e também, na posição distal do braço (5 a 6 cm acima do cotovelo).



Teste da força muscular através do movimento de abdução do 5° dedo



Teste de força muscular através da abdução do polegar (nervo mediano)

Atenção a espessamentos, dor e choque à palpação dos nervos na hanseníase

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Força motora dos membros inferiores



Palpação do nervo fibular



Teste de força muscular do extensor próprio do hálux (dedão do pé)

Atenção a espessamentos, dor e choque à palpção dos nervos na hanseníase.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E DA FUNÇÃO NEURAL

- Formulário para monitoramento da função neural (ANEXO III)

Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco, conforme o quadro a seguir:

FORÇA		DESCRIÇÃO
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o Diminuída movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

9. TRATAMENTO

ATENÇÃO

O tratamento da hanseníase é um direito de todo indivíduo e é garantido pelo SUS.

Para os pacientes com frequência irregular, é importante verificar o registro de doses supervisionadas tomadas que poderão ser aproveitadas para dar continuidade ao tratamento respeitando prazos máximos para esquemas.

O tratamento de Hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional.

9. TRATAMENTO

9.1 TRATAMENTO COM POLIQUIMIOTETERÁPICO - PQT/OMS

• Tratamento infantil paucibacilar (PB):



Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg), com administração supervisionada.

Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Duração: 6 doses

Segmento dos casos: comparecimento mensal para as doses supervisionadas

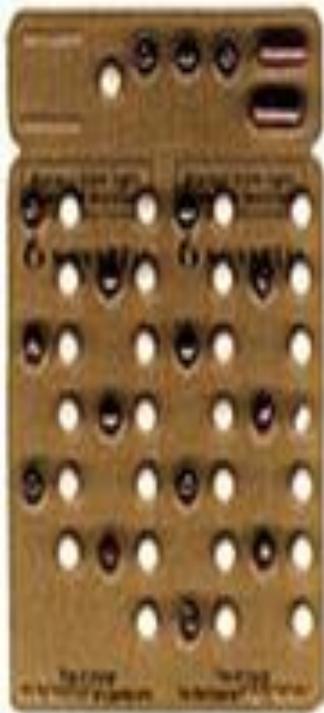
Tratamento completo:

- 6 blísteres;
- Dose supervisionada a cada 28 dias;
- Duração: 6 doses supervisionadas em até 9 meses;

Atenção as crianças com peso superior a 50kg utilizar o mesmo tratamento para adulto.

9. TRATAMENTO

- Tratamento infantil multibacilar (MB):



PQT/MB - Infantil

- **Rifampicina (RFM):** dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.

- **Dapsona (DDS):** dose mensal de 50 mg supervisionada uma dose diária de 50 mg auto administrada.

- **Clofazimina (CFZ):** dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg auto administrada em dias alternados.

Atenção as crianças com peso superior a 50kg utilizar o mesmo tratamento para adulto.

9. TRATAMENTO

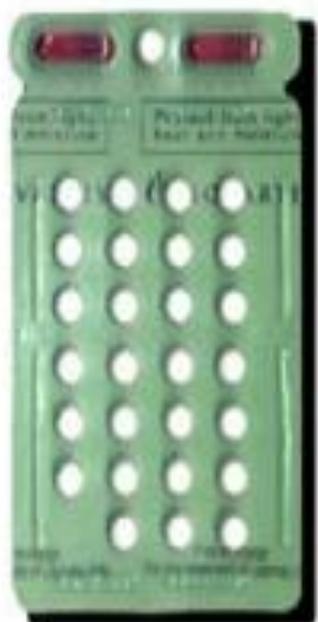
NOTAS: Para tratamento em crianças com hanseníase, deve-se considerar o peso corporal como fator mais importante que a idade seguindo as seguintes orientações:

- Crianças com peso superior a 50kg utilizar o mesmo tratamento para adulto;
- Crianças com peso entre 30kg e 50kg deve-se utilizar cartelas infantis;
- Crianças menores que 30kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme quadro a seguir:

DOSE MENSAL	DOSE DIÁRIA
Rifampicina (RFM) - 10 a 20 mg/kg	-
Dapsona (DDS) - 1,5 mg/kg	Dapsona (DDS) - 1,5 mg/kg
Clofazimina (CFZ) - 5mg/kg	Clofazimina (CFZ) - 1 mg/kg

9. TRATAMENTO

• Tratamento adulto Paucibacilar (PB):



FORMA INDETERMINADA E
TUBERCULÓIDE (PAUCIBACILAR)

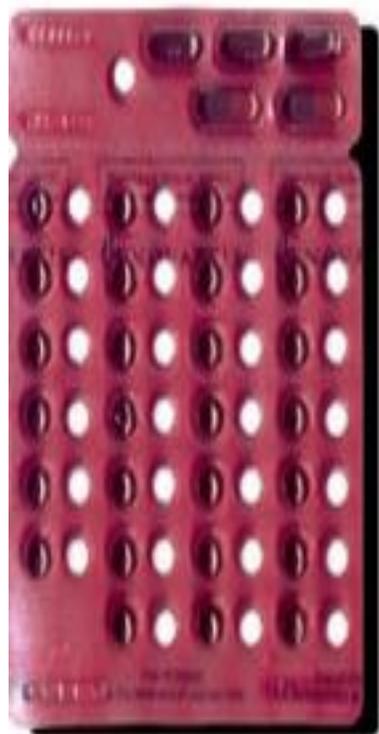
- **Rifampicina (RFM):** dose mensal de 600 mg com administração supervisionada.
- **Dapsona (DDS):** dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

OBSERVAÇÃO:

- **Critério de alta:** o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até nove (9) meses. Na 6^a, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

9. TRATAMENTO

- Tratamento adulto multibacilar (MB):



FORMA DIMORFA E
VIRCHOWIANA (MULTIBACILAR)

- Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
- Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada.
- Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.

9. TRATAMENTO

9.2. Esquemas de tratamento para casos especiais - situações extremas (transtornos mentais, uso de álcool e de outras drogas, entre outras situações).

Em situações extremas, principalmente de casos multibacilares, que não se enquadram nos esquemas acima, recomenda-se a administração mensal supervisionada, do esquema ROM, conforme quadro a seguir:

FAIXA	CASOS PAUCIBACILARES	CASOS MULTIBACILARES
ADULTO	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Ofloxacino(OFX): comprimido de 400 mg (1)	Ofloxacino(OFX): comprimido de 400 mg (1)
	Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)	Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)
	Duração: 06 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.	Duração: 24 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.
	Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 (nove) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	Critério de alta: o tratamento estará concluído com 24 (vinte e quatro) doses supervisionadas em até 36 (trinta e seis) meses. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura

9. TRATAMENTO

OBSERVAÇÕES

- **Critério de alta:** o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, a avaliações neurológicas simplificada e o grau de incapacidade física e receber alta por cura.
- Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

10. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de atenção, da unidade básica de saúde à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de modo a garantir informações sobre a distribuição, a magnitude e a carga de morbidade da doença nas diversas áreas geográficas. Ela propicia o acompanhamento rotineiro das principais ações estratégicas para o controle da hanseníase.

A descoberta de caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos, e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

Considera-se caso novo de hanseníase a pessoa que nunca recebeu qualquer tratamento específico.

Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional - Sinan (Anexo I) nos três níveis de atenção à saúde.

10. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice).

Todo contato de hanseníase deve ser informado que a vacina BCG não é específica para hanseníase.

A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem a presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e/ou da presença da cicatriz vacinal e deve seguir as recomendações a seguir:

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência de cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO NA ALTA POR CURA

O encerramento da PQT (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

Considera-se um caso de abandono todo paciente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido. Sempre que um paciente PB perdeu mais de três meses de tratamento ou um paciente MB mais de seis meses de tratamento, não será possível completá-lo no tempo máximo permitido e deverão ser informados no campo correspondente como abandono.

Deve ser orientado para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

ANEXO I- Ficha de Notificação no SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/enferma		HANSENÍASE	
	3	Código (CID10)		A 30.9	
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data do Diagnóstico			
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Gestante		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	13	Raça/Cor		1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14	Escolaridade		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	
15	Número do Cartão SUS		16		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	
	19	Código (IBGE)		Distrito	
	20	Bairro		21	
	22	Número		23	
	24	Geo campo 1		25	
	26	Ponto de Referência		27	
	28	(DDD) Telefone		29	
Dados Complementares do Caso					
Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32	
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	
Atendimento	35	Classificação Operacional		36	
	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38	Modo de Entrada		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado	
Dados Lab.	39	Modo de Detecção do Caso Novo		1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
	40	Baciloscopia		1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	
Tratamento	41	Data do início do Tratamento		42	
	43	Número de Contatos Registrados		1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos	
Med. Contr.	43				
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

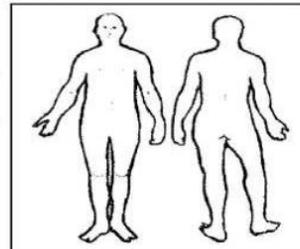
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

- 1 - Unidade de Saúde: _____
- 2 - Município: _____ 3 - UF: _____
- 4 - Nome do Paciente: _____ 5 - N° Prontuário: _____
- 6 - Nome da Mãe: _____
- 7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
- 9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____
- 11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____
- 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
- Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano
- 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
- Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
- 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
- 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

- 16 - Número de lesões de pele: _____
- 17 - Tipos/características de lesões:
- Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____
- 18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais
- 19 - Existem áreas com rarefação de pelo?
- não sim Onde? _____
- 20 - Existem nervos acometidos?
- não sim Quantos? _____
- 21 - Teste de Histamina:
- não realizado realizado Resultado: _____



22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquiase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

- 24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim
- 25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB
- 26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
- 27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

ANEXO III

ANEXO II

Página: 1



República Federativa
do Brasil
Ministério da Saúde
SES -

**Sistema de Informação de Agravos de
Notificação**
Boletim de Acompanhamento de
Hanseníase

UF: **Município de Notificação:**
Unidade:

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência Atual	Distrito Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último comparec.	N			ER	Data mudança esquema	Cont. Reg.	Cont. Exam.	Tipo saída	Data alta
							CO	AI	ET						

CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual

NC: Número de Contatos Examinados ND: Número de Doses recebidas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 -Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ mesmo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito
7 – Abandono 8 – Erro diagnóstico

ANEXO IV

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

Nome do paciente: _____

_____ Data de

Nascimento: __/__/__ SINAN: _____

Ocupação: _____

Município: _____ UF: _____

Data diagnóstico __/__/__ Classificação Operacional () PB () MB

Data Cura __/__/__

Grau	Olhos			Mãos			Pés		
		D	E		D	E		D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual \geq 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar			Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		

2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, iridociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.				
MAIOR GRAU OLHOS		(a)	(b)	MAIOR GRAU MÃOS		(c)	(d)	MAIOR GRAU PÉS		(e)	(f)
Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: __/__/__ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)											
Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: __/__/__ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)											
Assinatura e carimbo avaliador:											

ANEXO V

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Nome _____ Data _____

Nasc. ____/____/____

Ocupação: _____ Sexo: M | ____ | F | ____ |

Município _____ Unidade _____

Federada _____

Classificação Operacional PB | ____ | B | ____ | Data início PQT: ____/____/____ Data Alta

PQT: ____/____/____

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Questão principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Questão principal						
Fecha olhos s' força (mm)						
Fecha olhos c' força (mm)						
Troquise (S/N) Ectropio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarrata (S/N)						
Acuidade Visual						

Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)						
Elevar o polegar						
Abdução do polegar (nervo mediano)						
Elevar o punho						
Extensão de punho (nervo radial)						

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspecão e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E

Legenda: Caneta filamento lilás (2g) Sente / Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: ⊕

MEMBROS INFERIORES	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o halux						
Extensão de halux (nervo fibular)						
Elevar o pé						
Dorsiflexão de pé (nervo fibular)						

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspecão e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E

Legenda: Caneta Filamento lilás (2g) Sente / Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: ⊕

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Classificação do Grau de Incapacidade e Soma de Olhos Mão e Pés OMP (escore)

DATA DA AVALIAÇÃO	Grau de Incapacidade	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Total OMP	ASSINATURA
		D	E	D	E	D	E			
1ª / /	Grau									
	Soma OMP									
2ª / /	Grau									
	Soma OMP									
3ª / /	Grau									
	Soma OMP									

0 = para grau 0 1 = para grau 1 2 = para grau 2

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhuma problema com os olhos, mãos e pés devido à lesão/lesões.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade aos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e nos pés. (uso sente 2g ou toque da caneta)
2	Olhos: lagrimal e/ou ectropio; traquise; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a fim. Mãos: lesões tóxicas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; mão cisca. Pés: lesões tóxicas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé cisca; costuras do tarso/calo.

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	Sem Resposta

ANEXO VI

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

CGPNCH/SVS-MS		Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	
Regional de Saúde _____	Min. Notificação: _____ UF _____	N.º Reg. Simar: _____	N.º Pronunário: _____
Unidade de Saúde: _____			
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) Sim, 2) Não			
Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____			
Outros _____			
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/>			
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			
1) L, 2) T, 3) D, 4) V, _____			
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 _____			
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____			
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA			
1. Exame Dermatológico 1) Sim, 2) Não			
Áreas hipoaestésicas <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 _____			
1.1 Nervos Acometidos 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>			
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"/>			
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____			
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 primeiros sintomas ____/____/____	
1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não	
Manchas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>
Placas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Nódulos <input type="checkbox"/>	No De Lesões _____
1.1. NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
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. BACILOSCOPIA	
1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ <input type="checkbox"/>	
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>	
3. GRAU DE INCAPACIDADE <input type="checkbox"/>	
TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/>	
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/>	
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Aparecimento súbito e inesperado <input type="checkbox"/> Lento e insidioso	
<input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar <input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar	
<input type="checkbox"/> Aparecimento de várias lesões novas <input type="checkbox"/> Poucas lesões novas	
<input type="checkbox"/> Ulceração das lesões <input type="checkbox"/> Sem ulceração	
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos <input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido	
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteróides <input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteróides	
6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)	
<input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
(Especificar) _____	
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Introduzido medicação anti-reacional	
<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/PB	
<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/MB	
<input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Retirado material para inoculação	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
(Especificar) _____	
DATA ____/____/____	
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA	
1) L, 2) T, 3) D, 4) V <input type="checkbox"/> 1) PB 2) MB <input type="checkbox"/> Data Diagnóstico ____/____/____	

ANEXO VII



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPAT/ DUVAS/ GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

UF: PIAUÍ	MUNICÍPIO:
UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM:	
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	
DATA DO DIAGNÓSTICO: ___/___/___ INÍCIO DE TRATAMENTO: ___/___/___	
TIPO DE ENTRADA: () Caso Novo () Transferência () Outros Reingressos () Recidiva	
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: () Paucibacilar – 6 doses () Multibacilar – 12 doses	
FORMA CLÍNICA: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana	
DIAGNÓSTICO: Nº de lesões: _____ Nº de nervos afetados: _____ GIF: _____ Baciloscopia: _____	
DROGAS UTILIZADAS: () Rifampicina () Clofazimina () Dapsona	
DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO: ___/___/___	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____ _____	
ENDEREÇO DE DESTINO (Residencial ou do trabalho, incluindo número do telefone): _____ _____	
----- CONTRA REFERÊNCIA -----	
NOME DO PACIENTE : _____	
MUNICÍPIO QUE RECEBEU O PACIENTE: _____	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA (Nome legível e/ou carimbo, data) _____ _____/_____/_____	
ATENÇÃO! Esta parte do documento deverá ser destacada e enviada à Unidade de Saúde que encaminhou e/ou transferiu o paciente. Este procedimento é importante e necessário para se ter certeza que o paciente compareceu ao serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento.	

