

## TELA DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENIASE

### PREENCHER MENSALMENTE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data do início do tratamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>1</b> UF	<b>2</b> Município de atendimento atual	Código (IBGE)	<b>3</b> N° notificação atual
<b>4</b>	Data da notificação atual	<b>5</b> Unidade de atendimento atual	Código (CNES)
<b>6</b> UF	<b>7</b> Município de residência atual	CPF ou N° CNS	<b>8</b> CEP
<b>9</b>	Distrito de residência	<b>10</b>	Bairro de residência atual
<b>11</b>	Data do último comparecimento	<b>12</b>	Classificação operacional atual 1 – PB (Paucibacilar) 2 – MB (Multibacilar) <input type="checkbox"/>
<b>13</b> <input type="checkbox"/>	Avaliação de incapacidade física no momento da cura <b>0</b> – Grau 0 <b>1</b> – Grau 1 <b>2</b> – Grau 2 <b>3</b> – Não avaliado	<b>14</b> <input type="checkbox"/>	Esquema terapêutico atual 1 – PQT/PB/6 doses 2 – PQT/MP/12 doses 3 – Outros esquemas substitutivos
<b>15</b>	N° de doses supervisionadas	<b>16</b>	Episódio reacional durante o tratamento <b>1</b> - Reação tipo 1 <b>2</b> - Reação tipo 2 <b>3</b> - Reações tipo 1 e 2 <b>4</b> - Sem reação
<b>17</b>	Data da mudança de esquema	<b>18</b>	Números de contatos examinados
<b>19</b> <input type="checkbox"/>	Tipo de saída 1 - Cura    2 - Transferência para o mesmo município    3 - Transferência para outro município    4 - Transferência para outro estado 5 - Transferência para outro país    6 – Óbito    7 – Abandono    8 - Erro diagnostico		
<b>20</b>	Data da alta	<b>21</b>	Data do preenchimento
		<b>22</b>	Assinatura e carimbo do profissional

**Departamento de Vigilância Epidemiológica**

Rua Antonio José Martins, 92/3º andar - Glória - CEP: 36036-050 - Juiz de Fora – MG - Tel: (32) 3690-7467