

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1 - NOME:			2 - SEXO: () Feminino () Masculino		3 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
4 - IDADE:	5 - ESTADO CIVIL:	6 - NATURALIDADE/ESTADO:		7 - TELEFONE OU CELULAR (COM DDD): (____) _____		
8.1 - ENDEREÇO:				8.2 - TEMPO RESIDÊNCIA:		9 - GRAU INSTRUÇÃO:

HISTÓRIA MÉDICA PESSOAL

10.1 - HANSENÍASE: () Sim () Não () recusa responder		10.1.1 – SE o paciente TEVE HANSENÍASE, já tratou ou está em tratamento? () Sim () Não () recusa responder () não se aplica	
10.2 - TUBERCULOSE: () Sim () Não () recusa responder		10.2 – HEPATITE VIRAL: () A () B () C () Sim () Não	
10.4 - HIV: () Sim () Não	9.5. SÍFILIS: () Sim () Não	10.6 - HIPERTENSÃO ARTERIAL: () Sim () Não	10.7 - DIABETES MELLITUS: () Sim () Não
10.8 - HISTÓRIA FAMILIAR DE HANSENÍASE: () Sim () Não () recusa responder		10.8.1 - SE SIM, QUEM É ou QUAL o grau de PARENTESCO:	

QSH

Q1 - SENTE DORMÊNCIA NAS MÃOS OU NOS PÉS? () Sim () Não	Q2 - FORMIGAMENTOS? () Sim () Não
Q3 - ÁREAS ADORMECIDAS NA PELE? () Sim () Não	Q4 - CÂIMBRAS? () Sim () Não
Q5 - SENSACÃO DE PICADAS, AGULHADAS? () Sim () Não	Q6 - MANCHAS NA PELE? () Sim () Não
Q7 - DOR NOS NERVOS? () Sim () Não	Q8 - CAROÇOS NO CORPO? () Sim () Não
Q9 - INCHAÇOS NAS MÃOS E NOS PÉS? () Sim () Não	Q10 - INCHAÇOS NO ROSTO? () Sim () Não
Q11 - FRAQUEZA NAS MÃOS? (DIFICULDADE DE ABOTOAR A CAMISA, POR ÓCULOS, ESCREVER, SEGURAR PANEAS?) () Sim () Não	Q12 - FRAQUEZA NOS PÉS? (DIFICULDADE DE CALÇAR E/OU MANTER CHINELOS?) () Sim () Não
Q13 - PERDA DE CÍLIOS E/OU DAS SOBRANCELHAS? () Sim () Não	Q14 - HÁ HISTÓRIA DE HANSENÍASE NA FAMÍLIA? () Sim () Não

Soma de questões marcadas “sim”: _____

EXAME CLÍNICO MÉDICO

11 - NÚMERO DE LESÕES DE PELE: () 0 () 1 () 2-5 () >5 - Desenhar/Mapear no verso desta folha
12 - TIPOS/CARACTERÍSTICAS DA LESÃO:
Área(s) sem mancha(s) indicadas por sintomas? () Sensibilidade Alterada () Tátil () Térmica () Dor () Sensibilidade normal
Manchas/Hipocromias (alteração da cor da pele) () Não há manchas () Sensibilidade Alterada () Tátil () Térmica () Dor () Sensibilidade normal
Placas eritematosas com bordas elevadas () Não há placas () Sensibilidade Alterada () Tátil () Térmica () Dor () Sensibilidade normal
Outros achados: () Nódulos/Pápulas/Hansenomas () Infiltração () Fóveas () Outras (especificar): _____

13 - CICATRIZ DE BCG: () 0 () 1 () ≥2
14 - EXISTE ÁREA DE RAREFAÇÃO DE PELOS? (ALOPECIAS) () Não () Sim, onde: _____

15 - EXISTEM NERVOS ACOMETIDOS? A PREENCHER NO VERSO
() Não () Sim Quantos? _____ Quais? _____

16 - TESTE HISTAMINA ENDÓGENA: MARCAR NO VERSO - LETRA H
() Não realizado () Completa () Incompleta, Local: _____

17 - TESTE COM ALIZARINA:
() Não realizado () Normoidrose () Hipoidrose () Anidrose (Marque com SS no desenho)

18 - ALTERAÇÕES MOTORAS:
() Não
() Sim

SE SIM:
() Amiotrofias () Garra móvel () Garra rígida
LOCAIS: _____

() Perda de força:
() OD () MSD () MID
() OE () MSE () MIE

AVALIAÇÃO DE FORÇA:

Direito		Esquerdo	
Elevar o punho / Extensão de punho (nervo radial)			
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)			
Elevar o polegar / Abdução do polegar (nervo mediano)			
Elevar o hálux / Extensão de hálux (nervo fibular)			
Elevar o pé / Dorsiflexão do pé (nervo fibular)			

19 - ESTESIOMETRIAS MÃOS E PÉS:

TOTAL PONTOS ALTERADOS (ALÉM DO VERDE):
MÃO DIREITA: _____ MÃO ESQUERDA: _____

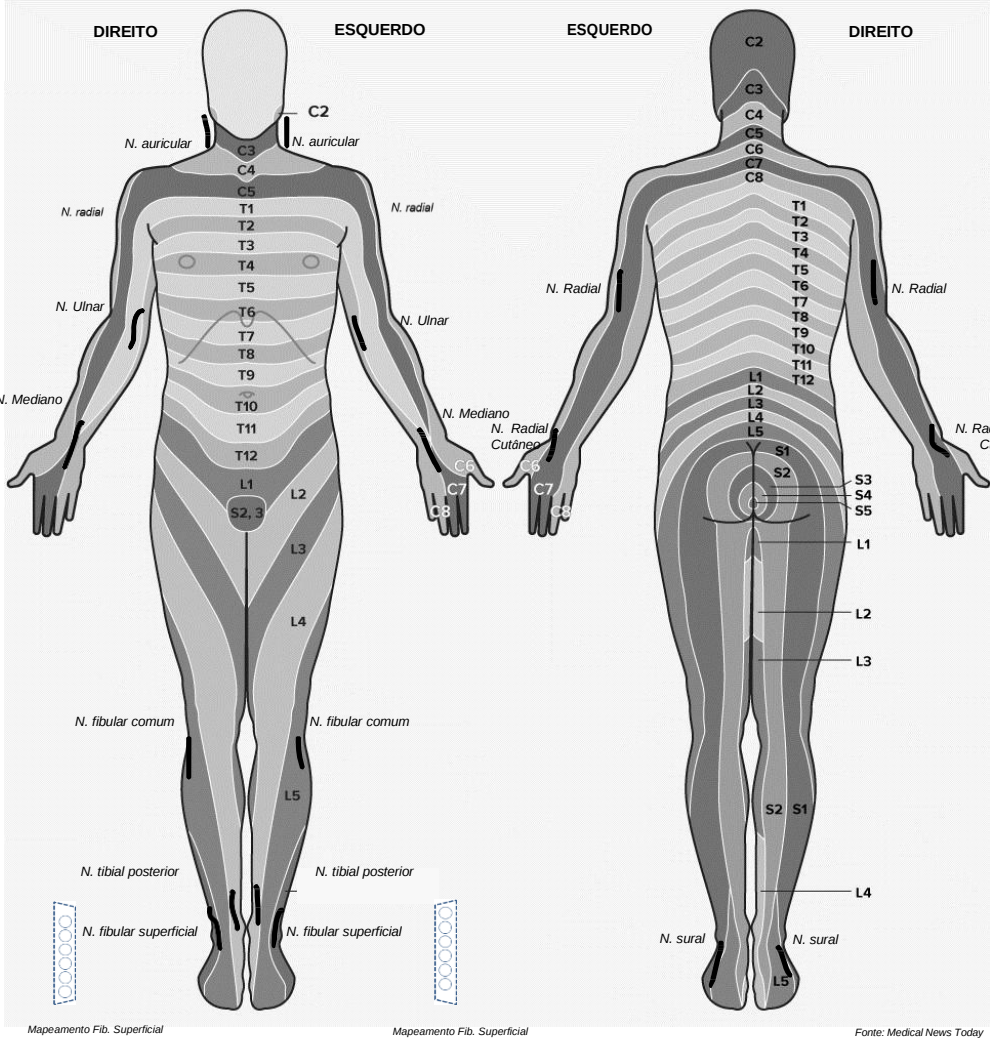
TOTAL DE PONTOS ALTERADOS (ALÉM DO AZUL):
PÉ DIREITO: _____ PÉ ESQUERDO: _____

Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Soma OMP (a+b+c+d+e+f)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)		
D	E	D	E	D	E		

LEGENDA DE CORES ESTESIOMETRIA
V - Verde A - Azul P - Preto
VT - Violeta VM - Vermelho
L - Laranja R - Rosa

LEGENDA DE LESÕES E ALTERAÇÕES MOTORAS
Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção =
Lesões tróficas = Lesões traumáticas =

20 - LOCALIZE AS LESÕES, ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE CONFORME LEGENDA E NERVOS ACOMETIDOS NO ESQUEMA CORPORAL ABAIXO:



MAPEAMENTO DAS LESÕES
DESENHE NO BONECO E ENUMERE-AS

Nº	TIPO CORES	SCORE POR CORES*
1	CIRCULAR V A VT VM L R P	
2	V A VT VM L R P	
3	V A VT VM L R P	

Cor(gf)	* Score pela presença de cores em cada lesão
V-VERDE (0.05g)	0
A-AZUL (0.2g)	1
VT- VIOLETA (2g)	2
VM-VERMELHO(4g)	4
L-LARANJA (10g)	5
R-ROSA (300g)	10
P-PRETO (>300g)	20
Σ	42

LEGENDA SENSIB. CUTÂNEA

	NÃO SENTE	SENTE MENOS
TEMP.	▲	△
DOR	■	□
TATO	●	○

LEGENDA: PALPAÇÃO DE NERVOS

ESPESSADO	E
DOR	D
CHOQUE	C

Total de nervos acometidos: _____

21 - CASO CONFIRMADO DE HANSENÍASE?

() Não () Sim () DUVIDOSO/ACOMPANHAR

22 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL:

() PB () MB

23 - CLASSIFICAÇÃO:

() MHI () MHT () MHDT () MHDD () MHDV () MHV () MH Neural

24 - INICIADO TRATAMENTO:

() Não () Sim

25 - MÉDICO(A)/ENFERMEIRO(A) ASSINATURA/CARIMBO:

ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES