



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase/DVVTR/CEPI/SVS

FICHA DE ALTA E TRANSFERÊNCIA

SINAN: _____ Data do Diagnóstico ____/____/____

Nome: _____

Local de tratamento: _____ Município: _____

Modo de entrada: Caso novo () Recidiva () Outros Reingressos ()

Forma clínica: 1-I () 2-T () 3-D () 4-V () 5-Não Classificado ()

Esquema terapêutico: PQTPB/6 Doses () PQTMB/12 Doses () PQTMB/24 Doses ()

Esquema substitutivo _____

Número de doses supervisionadas: _____ Data da última dose: ____/____/____

Baciloscopia inicial: IP: _____ IM: _____ Data: _____

Baciloscopia final: IP: _____ IM: _____ Data: _____

Biópsia do diagnóstico: _____

Intercorrências: Reação Tipo 1 () Reação Tipo 2 () Neurite () Não apresentou ()

Informações adicionais

Avaliação clínica no momento da alta e medicação utilizada para reação ou outras condições (com dosagem):

Incapacidades Físicas na alta devido a hanseníase. Legenda: S = sim ou N = não

	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
O L H O S	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Opacidade corneana central	D () E ()
	Ectrópio	D () E ()	Entrópio	D () E ()	Iridociclite	D () E ()
	Não conta dedos a 6 m ou acuidade visual < 0,1	D () E ()	Lagoftalmo	D () E ()	Triquíase	D () E ()

	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
M Ã O S	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Atrofia muscular	D () E ()
	Reabsorção óssea	D () E ()	Garras	D () E ()	Mão caída	D () E ()
	Contratura	D () E ()	Feridas	D () E ()	-	-

	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
P É S	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Atrofia muscular	D () E ()
	Reabsorção óssea	D () E ()	Garras	D () E ()	Pé caído	D () E ()
	Contratura	D () E ()	Feridas	D () E ()	-	-

Avaliação do Grau de Incapacidade Física na alta: Grau 0 () Grau 1 () Grau 2 () Não avaliado ()

Tipo de alta: Cura () Transferência () Abandono () Erro diagnóstico ()

Data da Alta: ____/____/____

Nº de contatos domiciliares: Registrados: _____ Avaliados: _____

Data do preenchimento do formulário: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Anexar este documento ao prontuário e entregar uma via ao paciente