

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/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 3 0. 9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	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		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados Complementares do Caso	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado			
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação	
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
	1- I 2- T 3- D 4- V 5- Não classificado	1- PB 2- MB		
	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
Atendimento	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			
	39 Modo de Detecção do Caso Novo			
Dados Lab.	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 Esquema Terapêutico Inicial				
1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
43 Número de Contatos Registrados				
Med. Contr.	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			
	Hanseníase		SVS 30/10/2007	

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO