

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: _____ Data diagnóstico: ____/____/____ Classificação Operacional: () PB () MB

Data da Cura: ____/____/____

Grau	Olhos			Mãos			Pés		
		D	E		D	E		D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade das córneas 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 da 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 da caneta esferográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração de a sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica		
2	Deficiência(as) visível(eis) causadas pela hanseníase , como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; 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**

GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado
(valor de 0-12)

Data da avaliação: ____/____/____

Soma OMP (A+B+C+D+E+F) = _____

Grau de incapacidades **NA ALTA PQT**

GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado
(valor de 0-12)

Data da avaliação: ____/____/____

Soma OMP (A+B+C+D+E+F) = _____

Assinatura e carimbo avaliador: