

**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE/DVVTR/CEPI/SVS
ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DERMATONEUROLÓGICA DE CASO SUSPEITO DE HANSENÍASE**

Nome: _____ DN: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Telefone: _____

Contato de: _____

Nº SINAN: _____ Queixa principal: _____

Conhece alguém com o mesmo problema? _____

Ao exame, observar:

Áreas ou manchas com alterações de sensibilidade	Sim () Não ()
Placas eritematosas com alterações de sensibilidade	Sim () Não ()
Nódulos ou caroços	Sim () Não ()
Cicatrizes tróficas (ocasionadas por traumas repetidos)	Sim () Não ()
Infiltração ou nódulos nas orelhas	Sim () Não ()
Madarose ciliar ou superciliar (falha ou ausência de cílios ou sobrancelhas)	Sim () Não ()
Alterações nos olhos (como lagoftalmo, ectrópio, triquíase, etc)	Sim () Não ()
Septo nasal (lesão ou perfuração)	Sim () Não ()
Lesão na mucosa bucal	Sim () Não ()
Nervos auriculares espessamento e/ou dor à palpação (pescoço)	Sim () Não ()
Nervos radiais espessamento e/ou dor à palpação (braço)	Sim () Não ()
Nervos ulnares espessamento e/ou dor à palpação (cotovelo)	Sim () Não ()
Nervos medianos espessamento e/ou dor à palpação (punho)	Sim () Não ()
Nervos fibulares espessamento e/ou dor à palpação (joelho)	Sim () Não ()
Nervos tibiais posteriores espessamento e/ou dor à palpação (tornozelo)	Sim () Não ()
Garra de mãos	Sim () Não ()
Garra de pé	Sim () Não ()
Mão caída	Sim () Não ()
Pé caído	Sim () Não ()
Sensibilidade palmar diminuída	Sim () Não ()
Sensibilidade plantar diminuída	Sim () Não ()
Etilista	Sim () Não ()
Diabético	Sim () Não ()
Tem ou teve contato com agrotóxico	Sim () Não ()
Vacina BCG	() sem cicatriz () 1 cicatriz () 2 cicatrizes

PECH, 04/2017