

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase/DVVTR/CEPI/SVS
LAUDO DE ALTA MÉDICA DE HANSENÍASE

Município: _____ Regional de Saúde _____

Nome: _____ Nº notificação: _____

Endereço/Município/Estado: _____

Unidade de Saúde de Atendimento: _____

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

Classificação operacional: PB () MB ()

Esquema terapêutico: PQTPB/6 doses () PQTMB/12 doses () Esquema substitutivo _____

Nº de contatos domiciliares registrados: _____ Nº contatos domiciliares avaliados: _____

Histórico da Evolução Clínica (reações hansênicas, outras intercorrências): _____

Avaliação da Incapacidade na alta: Grau 0 () Grau 1 () Grau 2 () Não avaliado ()

Tipo de alta: Cura () Transferência () Óbito () Alta administrativa ()

Deverá retornar para acompanhamento de prevenção de incapacidades/reabilitação: Sim () Não ()

Após a alta deverá retornar para Avaliação Dermatoneurológica e de Incapacidade Física ao menos 1 vez ao ano por 5 anos.

Data da alta: ____/____/____

Data do retorno após a alta: ____/____/____ Grau de Incapacidade Física apresentado: _____

Data do retorno após a alta: ____/____/____ Grau de Incapacidade Física apresentado: _____

Data do retorno após a alta: ____/____/____ Grau de Incapacidade Física apresentado: _____

Data do retorno após a alta: ____/____/____ Grau de Incapacidade Física apresentado: _____

Data do retorno após a alta: ____/____/____ Grau de Incapacidade Física apresentado: _____

Avaliação do grau de incapacidade física									
Grau	Olhos			Mãos			Pés		
	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservada E conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq$ 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservada 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 da 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 da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica		
2	Deficiência(s) 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.		
Grau de incapacidade física: 0 () 1 () 2 () não avaliado ()									

Data: ____/____/____
PECH, atualizado em 03/2017

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Anexar este documento ao prontuário e entregar uma via ao paciente.