



# PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

## NOTA DE TRANSFERÊNCIA

UF: MATO GROSSO DO SUL                      **MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

DATA DO DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ENTRADA: ( ) Caso Novo    ( ) Transferência    ( ) Outros Reingressos  
( ) Recidiva

CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: ( ) Paucibacilar    ( ) Multibacilar

FORMA CLÍNICA: ( ) Indeterminada    ( ) Tuberculóide    ( ) Dimorfa  
( ) Virchowiana

DIAGNÓSTICO: Nº de lesões: \_\_\_\_\_ Nº de nervos afetados: \_\_\_\_\_ GIF: \_\_\_\_\_

Baciloscopia: \_\_\_\_\_

DATA DE ÍNICIO DE TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE DOSES QUE TOMOU: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA e/ou outras observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ENDEREÇO DE DESTINO (Residencial ou do trabalho, incluindo número do telefone):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVISO DA TRANSFERÊNCIA:** (UF, município, pessoa avisada, telefone, e-mail, data, etc): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA:

\_\_\_\_\_

(Nome legível, data, assinatura e telefone para contato)