

**ANEXO VI**  
**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância Epidemiológica**  
**Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase**

<b>CGPNCH/SVS-MS</b>	<b>Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva</b>
Regional de Saúde _____ Mun. Notificação: _____ UF _____ Unidade de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____ N.º Prontuário: _____
<b>Identificação do Paciente</b>	
Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/> Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Município de Residência: _____ UF _____	
<b>História Anterior</b>	
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ Outros _____ 1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/> Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>	
2. Classificação 1)PB 2)MB <input type="checkbox"/> 1)I, 2)T, 3)D, 4)V, <input type="checkbox"/> Data do Diagnóstico __/__/__	3. Baciloscopia <input type="checkbox"/> 1)Positiva Ib _____ 2)Negativa 3)Não Realizada/Não informada
4. Grau Incapacidade <input type="checkbox"/> 0)Zero 1)Um 2)Dois 3) Não Avaliado/Não Informado	
<b>5. TRATAMENTO</b>	
Data do Início do Tratamento Anterior: __/__/__ 1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/> Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> Data do Término do Tratamento: __/__/__ Observações: _____	
<b>6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:</b>	
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____ Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____	
<b>SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA</b>	
1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Lesão residual <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> N.º de lesões _____	
1.1 Nervos Acometidos 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>	
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____	
3. Grau De Incapacidade: 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>	

**SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA**

Tempo de alta por cura \_\_\_\_\_ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. EXAME DERMATOLÓGICO** 1) Sim, 2) Não

Manchas   
Placas   
Nódulos

Infiltrações   
Outras   
No De Lesões \_\_\_\_\_

**1.1 NERVOS ACOMETIDOS** 1) Sim 2) Não

Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não

Auricular  Ulnar  Mediano  Radial  Fibular  Tibial

**2. BACILOSCOPIA**

1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB

**3. GRAU DE INCAPACIDADE**

0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

**4. EPISÓDIOS REACIONAIS:** 1) Sim 2) Não

TIPÓ I  TIPO II  TIPO I/II  NEURITES

Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) \_\_\_\_\_

**5. SINAIS E SINTOMAS** 1) Sim, 2) Não

Aparecimento súbito e inesperado  
 Acompanhados de febre e mal estar  
 Aparecimento de várias lesões novas  
 Ulceração das lesões  
 Envolvimento de muitos nervos  
 Boa resposta aos esteróides

Lento e insidioso  
 Sem febre e mal estar  
 Poucas lesões novas  
 Sem ulceração  
 Nenhum ou algum nervo envolvido  
 Resposta não pronunciada aos esteróides

**6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:** 1) Sim, 2) Não

Estado reacional de hanseníase  
 Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)  
 Recidiva de hanseníase  
 Recidiva e estado reacional de hanseníase  
 Suspeita de resistência medicamentosa  
 Outros \_\_\_\_\_

(Especificar)

**7. CONDUTA** 1) Sim, 2) Não

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Introduzido medicação anti-reacional  
 Introduzida PQT/PB  
 Introduzida PQT/MB  
 Iniciada investigação para resistência medicamentosa  
 Retirado material para inoculação  
 Outros \_\_\_\_\_

(Especificar)

**8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA**

1)I, 2)T 3)D 4)V  1)PB 2)MB

Data Diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_