

**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE/DVVTR/CEPI/SVS
FICHA DE CONTROLE DE CONTATOS**

NOME DO PACIENTE: _____ Nº SINAN _____

ENDEREÇO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: M () F () DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____ MUNICÍPIO: _____ CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: PB () MB ()

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS CONTATOS

NOME DO CONTATO	IDADE	TIPO DE RELAÇÃO FAMILIAR/SOCIAL	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO		DATA APLICAÇÃO BCG	DATA DO REEXAME DERMATONEUROLÓGICO ANUAL				
			SIM	NÃO		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO

- 1) Aplicar a vacina BCG somente em contatos sem sinais e sintomas da hanseníase;
- 2) Sem cicatriz ou com uma (1) cicatriz de BCG = aplicar uma dose; Com duas (2) cicatrizes = não vacinar;
- 3) Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG;
- 4) As contraindicações para aplicação da BCG são as mesmas referidas no Programa Nacional de Imunização;
- 5) Todo contato de hanseníase deverá ser avaliado uma vez por ano durante 5 anos;
- 6) Esta ficha deverá ficar arquivada no prontuário do paciente e atualizada no comparecimento do contato.

PECH, 05/2018.