



COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE (CEPCH)

“PROTOCOLO PARA MONITORAMENTO DE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS EM HANSENIASE”

Conforme Portaria/MS 149 de 03 de Fevereiro de 2016, as situações listadas no quadro 1 (abaixo) **DEVERÃO SER REFERENCIADAS ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO.**

Para tal, enviar à Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase, pelo e-mail referenciahanseniase@gmail.com, a ficha específica devidamente preenchida e os documentos listados abaixo:

- 1- Fotos das lesões;
- 2- Baciloscopia de raspado intradérmico e demais exames (cópia na íntegra do exame original);
- 3- Resumo feito pelo médico com o motivo da suspeita apresentada, quadro clínico e tratamento;
- 4- Resumo feito pelo médico dos tratamentos anteriores, contendo histórico de complicações, reações e efeitos colaterais de medicamentos;
- 5- Ficha de notificação/investigação de hanseníase frente e verso;
- 6- Formulário para avaliação neurológica simplificada;
- 7- Ficha específica da suspeita apresentada (tabela acima), preenchida pelo médico.

Quadro 1

Situações Específicas em Hanseníase que deverão ser referenciadas	Ficha Específica segundo Ministério da Saúde
Hanseníase em menores de 15 anos	PCID – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em <15 anos
Recidiva (<i>sinais e sintomas da doença anos após alta por cura</i>)	Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura e de Situação do paciente na suspeita de recidiva
Hanseníase neural pura (<i>comprometimento neural compatível com hanseníase, sem lesões de pele</i>)	(não há)
Tratamento substitutivo	Ficha de Caso para Validação de Substituição de Medicamento e Prorrogação de Tratamento
Prorrogação do tratamento	Ficha de Caso para Validação de Substituição de Medicamento e Prorrogação de Tratamento
Reações hansênicas graves não responsivas ao tratamento convencional (<i>pentoxifilina/clofazimina/prednisona</i>)	Ficha de Caso para Solicitação de Esquema Complementar para Tratamento de Reação Hansênica – neste caso está dispensado o envio dos demais documentos e a medicação será liberada pela CEPCH sem validação.

Recomenda-se a leitura do Manual Técnico Operacional: *Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (MS - 2016)* - disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf

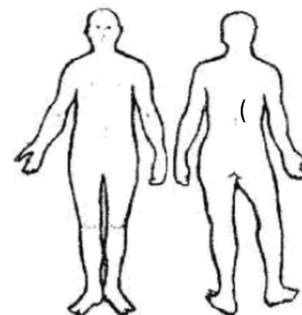


PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS – PCID < 15

Nome do paciente: _____
 SINAN: _____ idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____
 Sexo: () M () F Profissão: _____ Peso: _____ Pressão arterial: _____ Glicemia: _____ Data: _____
 Município de residência: _____ Regional de Saúde: _____
 Há quanto tempo reside nesse município? _____
 Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 () Menos de 6 meses () De 6 meses há 1 ano () Mais de 1 ano
 Já fez algum tipo tratamento anterior para a sintomatologia atual? () Não () Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
 Existem outras pessoas com problemas de pele na família? () Não () Sim Quantas? _____
 Existe ou existiu doente de hanseníase na família? () Não () Sim Quantas? _____

EXAME DO DOENTE

Numero de lesões de pele: _____
 Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter. Sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter. Sensibilidade
 Placas eritematomatosa com bordas elevadas () c/ alter. Sensibilidade () s/ alter. Sensibilidade
 Nódulos/pápulas () Infiltração () Outras (especificar): _____
 Cicatriz de BCG: () Nenhuma () Uma () Duas ou mais
 Existem áreas com rarefação de pelo?
 () Não () Sim Onde? _____
 Existem nervos acometidos?
 () Não () Sim Quantos? _____
 Teste de Histamina:
 () Não Realizado () Realizado Resultado: _____



Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado
 Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé			
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas. E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas. E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada. E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de 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 de 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 de caneta esferográfica			
2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, indocidite. 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 tróficas e/ou traumáticas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.			
MAIOR GRAU OLHOS				MAIOR GRAU MÃOS				MAIOR GRAU PÉS		

Caso confirmado como caso de Hanseníase? () Não () Sim Data do diagnostico: ____/____/____ Classificação Operacional: () PB () MB
 Nome do profissional: _____ CRM: _____
 Data do preenchimento do protocolo: ____/____/____



SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Nome do paciente: _____ SINAN: _____
Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F
Município de residência: _____ Regional de Saúde: _____
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva ____/____/____

EXAME DERMATONEUROLOGICO

Lesões cutâneas:

Manchas () Placas () Nódulos () Infiltrações () Outras () N.º de lesões _____

Nervos Acometidos:

Auricular () Ulnar () Mediano () Radial () Fibular () Tibial ()

BACILOSCOPIA IB _____ Positiva () Negativa () Não realizada/Não informada ()

GRAU DE INCAPACIDADE

Zero () Um () Dois () Não Avaliado/Não informado ()

EPISÓDIOS REACIONAIS: Tipo I () Tipo II () Tipo III () Neurites ()

Conduta (Medicamento usados): _____

SINAIS E SINTOMAS

Aparecimento súbito e inesperado ()	Lento e insidioso ()
Acompanhados de febre e mal estar ()	Sem febre e mal estar ()
Aparecimento de varias lesões novas ()	Poucas lesões novas ()
Ulceração das lesões ()	Sem Ulceração ()
Envolvimento de muitos nervos ()	Nenhum ou algum nervo envolvido ()
Boa resposta aos esteróides ()	Resposta não pronunciada aos esteróides ()

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

reacional de hanseníase () Classificação operacional inicial errônea () Estado
Recidiva de Hanseníase () Recidiva e estado reacional de hanseníase ()
Suspeita de resistência medicamentosa () Outros (Especificar) () _____

CONDUTA Data: ____/____/____

Introduzida medicação anti-reacional () Introduzida PQT/PB ()
Introduzida PQT/MB () Outros (especificar) _____
Iniciada investigação para resistência medicamentosa /retirado material para inoculação ()

FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA

I () T () D () V () PB () MB ()

Data diagnostico da recidiva: ____/____/____

_____, _____ de _____ de _____.

Nome do Médico (a) responsável: _____ CRM/PR _____

Nome do paciente: _____
SINAN: _____
Idade: _____ Data Nascimento: _____/_____/_____ Sexo: () M () F
Profissão: _____ Peso: _____ Pressão arterial: _____ Glicemia: _____ Data: _____
Município de residência: _____ Regional de Saúde: _____
Data do Diagnóstico: _____/_____/_____ Data do início do tratamento: _____/_____/_____
Forma Clínica da Doença: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana
Baciloc. Diagnóstica, data: ____/____/____ () Negativa () Positiva Se (+) IP: ____ Bacilos íntegros: ____%
Esquema Terapêutico Atual: () PQT- Paucibacilar () PQT-Multibacilar () Esquema Substitutivo
Suspenso () Dapsona () Clofazimina () Rifampicina
Em uso de () Ofloxacina 400 mg () Minociclina 100 mg () Clofazimina () Outro _____
Reações Hansênicas antes/durante o tratamento: () Não () Sim:
Medicações usadas, dose e tempo de utilização:

Agravos associados:

Exames Complementares no início do tratamento, com data: _____

Exames Complementares de seguimento, com data: _____

Queixas e alterações clínicas que justifiquem a substituição de medicamento ou prorrogação de tratamento:

Reação adversa relacionada ao tratamento PQT padrão:

- () anemia hemolítica () alteração da função hepática () metahemoglobinemia
() alteração no trato gastro-intestinal (dor abdominal, diarreia frequente, náusea, anorexia...)
() dermatite esfoliativa/ eritrodermia () nefropatia/ nefrite () outros: _____

SOLICITAÇÃO

- () Substituição da medicação: _____
Pela seguinte medicação: _____
A partir da seguinte dose supervisionada: _____
Esquema proposto: _____

- () Manutenção do tratamento até 24 doses

Baciloscopia na 11ª ou 12ª dose:

IP: _____ LAD _____ LAE _____ CD _____ CE _____ Bacilos íntegros: ____% Bacilos fragmentados ____%

_____, _____ de _____ de _____.

Nome do Médico(a) responsável: _____ CRM/PR _____

**FICHA DE CASO PARA SOLICITAÇÃO DE ESQUEMA COMPLEMENTAR
PARA TRATAMENTO DE REAÇÃO HANSÊNICA**

Nome do paciente: _____ SINAN: _____

Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Profissão: _____ Peso: ____ Pressão arterial: _____ Glicemia: ____ Data: _____

Município de residência: _____ Regional de Saúde: _____

Data do Diagnóstico: ____/____/____ Data do início do tratamento: ____/____/____

Forma Clínica da Doença: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana

Baciloscopia Atual da Lesões (se possível)

Data: ____/____/____ IP: ____ IM: _____ Laboratório: _____

Reações Hansênicas Tipo: _____ Data de início: _____

Medicações usadas: _____

Dose: _____

Tempo de utilização: _____

Evolução clínica: _____

Agravos associados: _____

Queixas e alterações clínicas que justifiquem a solicitação de medicamento complementar:

Solicitação do Medicamento: _____

Esquema Proposto: _____

_____, _____ de _____ de _____

Nome do Médico (a) responsável: _____ CRM/PR _____

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase/DVVTR/CEPI/SVS
FICHA DE ALTA E TRANSFERÊNCIA

SINAN: _____ Data do Diagnóstico ____/____/____

Nome: _____

Local de tratamento: _____ Município: _____

Modo de entrada: Caso novo () Recidiva () Outros Reingressos ()

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

Esquema terapêutico: PQTPB/6 Doses () PQTMB/12 Doses () PQTMB/24 Doses ()

Esquema substitutivo _____

Número de doses supervisionadas: _____ Data da última dose: ____/____/____

Baciloscopia inicial: IP: _____ IM: _____ Data: _____

Baciloscopia final: IP: _____ IM: _____ Data: _____

Biópsia do diagnóstico: _____

Intercorrências: Reação Tipo 1 () Reação Tipo 2 () Neurite () Não apresentou ()

Informações adicionais

Avaliação clínica no momento da alta e medicação utilizada para reação ou outras condições (com dosagem):

Incapacidades Físicas na alta devido a hanseníase. Legenda: S = sim ou N = não

	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
O L H O S	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Opacidade corneana central	D () E ()
	Ectrópio	D () E ()	Entrópio	D () E ()	Iridociclite	D () E ()
	Não conta dedos a 6 m ou acuidade visual < 0,1	D () E ()	Lagofalmo	D () E ()	Triquíase	D () E ()
M Ã O S	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Atrofia muscular	D () E ()
	Reabsorção óssea	D () E ()	Garras	D () E ()	Mão caída	D () E ()
	Contratura	D () E ()	Feridas	D () E ()	-	-
P É S	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado	Deficiência	Lado
	Diminuição da sensibilidade	D () E ()	Diminuição da força	D () E ()	Atrofia muscular	D () E ()
	Reabsorção óssea	D () E ()	Garras	D () E ()	Pé caído	D () E ()
	Contratura	D () E ()	Feridas	D () E ()	-	-

Avaliação do Grau de Incapacidade Física na alta: Grau 0 () Grau 1 () Grau 2 () Não avaliado ()

Tipo de alta: Cura () Transferência () Abandono () Erro diagnóstico ()

Data da Alta: ____/____/____

Nº de contatos domiciliares: Registrados: _____ Avaliados: _____

Data do preenchimento do formulário: ____/____/____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Data Nasc. ___/___/___
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município _____ Unidade Federada _____
 Classificação Operacional PB B Data início PQT: ___/___/___ Data Alta PQT: ___/___/___

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

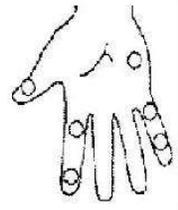
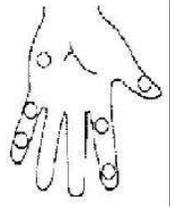
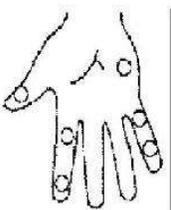
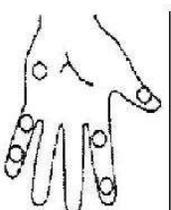
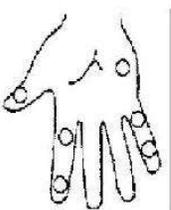
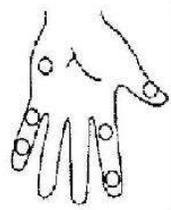
Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abriu dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte. 4=Resistência Parcial. 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração. 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
 Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

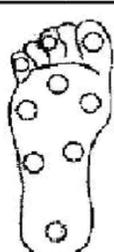
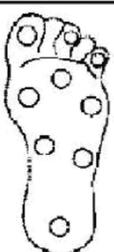
MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F= Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5= Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ___/___/___ SINAN: _____

Ocupação: _____ Município: _____ Data diagnóstico: ___/___/___ Classificação Operacional: () PB () MB

Data da Cura: ___/___/___

Grau	Olhos	Mãos		Pés					
		D	E	D	E				
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade das córneas preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas 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 de 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 de a sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica		
2	Deficiência(as) visível(eis) causadas pela hanseníase , como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iriociclite 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		
MAIOR GRAU OLHOS	(A)	(B)	MAIOR GRAU MÃOS	(C)	(D)	MAIOR GRAU PÉS	(E)	(F)	

Grau de incapacidades **NO DIAGNÓSTICO**

GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado (valor de 0-12)

Data da avaliação: ___/___/___

Soma OMP (A+B+C+D+E+F) = _____

Grau de incapacidades **NA ALTA PQT**

GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado (valor de 0-12)

Data da avaliação: ___/___/___

Soma OMP (A+B+C+D+E+F) = _____

Assinatura e carimbo avaliador: