



**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE/DVVTR/CEPI/SVS  
ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DERMATONEUROLÓGICA DE CASO SUSPEITO DE HANSENÍASE**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Contato de: \_\_\_\_\_

Nº SINAN: \_\_\_\_\_ Queixa principal: \_\_\_\_\_

Conhece alguém com o mesmo problema? \_\_\_\_\_

Ao exame, observar:

Áreas ou manchas com alterações de sensibilidade	Sim ( ) Não ( )
Placas eritematosas com alterações de sensibilidade	Sim ( ) Não ( )
Nódulos ou caroços	Sim ( ) Não ( )
Cicatrices tróficas (ocasionadas por traumas repetidos)	Sim ( ) Não ( )
Infiltração ou nódulos nas orelhas	Sim ( ) Não ( )
Madarose ciliar ou superciliar (falha ou ausência de cílios ou sobrancelhas)	Sim ( ) Não ( )
Alterações nos olhos (como lagofalmo, ectrópio, triquíase, etc)	Sim ( ) Não ( )
Septo nasal (lesão ou perfuração)	Sim ( ) Não ( )
Lesão na mucosa bucal	Sim ( ) Não ( )
Nervos auriculares espessamento e/ou dor à palpação (pescoço)	Sim ( ) Não ( )
Nervos radiais espessamento e/ou dor à palpação (braço)	Sim ( ) Não ( )
Nervos ulnares espessamento e/ou dor à palpação (cotovelo)	Sim ( ) Não ( )
Nervos medianos espessamento e/ou dor à palpação (punho)	Sim ( ) Não ( )
Nervos fibulares espessamento e/ou dor à palpação (joelho)	Sim ( ) Não ( )
Nervos tibiais posteriores espessamento e/ou dor à palpação (tornozelo)	Sim ( ) Não ( )
Garra de mãos	Sim ( ) Não ( )
Garra de pé	Sim ( ) Não ( )
Mão caída	Sim ( ) Não ( )
Pé caído	Sim ( ) Não ( )
Sensibilidade palmar diminuída	Sim ( ) Não ( )
Sensibilidade plantar diminuída	Sim ( ) Não ( )
Etilista	Sim ( ) Não ( )
Diabético	Sim ( ) Não ( )
Tem ou teve contato com agrotóxico	Sim ( ) Não ( )
Vacina BCG	( ) sem cicatriz ( ) 1 cicatriz ( ) 2 cicatrizes

PECH, 05/2018