



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE

DE: UNIDADE DE SAÚDE:
PARA: UNIDADE DE REFERÊNCIA:

Encaminhamos o Sr (a). _____,
SINAN n° _____, residente á Rua _____,
N° _____, apt° _____, Bairro _____, Município _____,

Para ser avaliado (a), conforme dados abaixo, pelo profissional desse Serviço.

DESCRIÇÃO DO CASO
-Situação Atual: Suspeição de Hanseníase () Recidiva () Reação () Intolerância () medicamentosa Outros. Especificar:
-Forma Clínica: () I () T () D () V () Neural () Não se aplica
- N° de lesões: () 01 a 05 () Mais de 05 N.º de nervos afetados () 01 () Mais de 01
- Classificação Operacional: () PB () MB () Não se aplica
- Grau de Incapacidade no Diagnóstico: () 0 () I () II () Não avaliado
- Grau de Incapacidade na Cura: () 0 () I () II () Não avaliado () Não se aplica
- Baciloscopia: () Positiva () Negativa () Não realizada () Aguardando Resultado
- Esquema Terapêutico: () PQT/PB () PQT/MB () Esquema Substitutivo () Não se aplica
- N.º Doses Ingeridas (atualmente ou quando realizou o tratamento):
- Episódio Reacional: () Sim () Não Tipo () I () II () Mista
- Tratamento Reacional: () Talidomida: _____ mg/dia () Prednisona: _____ mg/dia
- Tempo de uso:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

_____, ____/____/____
(Local e data)

(Assinatura e carimbo)