

AMBULATÓRIO DE HANSENÍASE

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HANSENÍASE

NOME: _____

MUNICÍPIO: _____ DATA: ____/____/____

Assinale as condições abaixo que configurem critérios para o encaminhamento ao Ambulatório de Referência em Hanseníase CISAMUSEP:

Reação adversa aos medicamentos:

- Anemia grave;
- Cianose de extremidades;
- Sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada;
- Icterícia;
- Náuseas e vômitos incontroláveis;
- Pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação;
- Lesão Ulcerada;

Casos Especiais:

- Casos com sinais clínicos sugestivos, baciloscopia negativa, exame dermatoneurológico sugestivo;
- Casos com comprometimento neural e sem lesões de pele (forma neural pura);
- Casos suspeitos em menores de 15 anos;
- Baciloscopia positiva (>2 IB) persistente após a alta.
- Casos de resistência primária confirmados pelo laboratório de referência nacional

Dúvidas:

- Em relação ao tratamento da Hanseníase;
- Em relação ao tratamento da reação hansênica;
- Em relação ao diagnóstico;
- Outras (especificar abaixo).

Espaço para referência médica:

Carimbo e assinatura