

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO VII

PNCH/SVS-MS	FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE		
REGIONAL DE SAÚDE _____ MUNICÍPIO: _____ UF _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____		N.º REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____ N.º PRONTUÁRIO: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO _____ UF _____ DATA DO DIAGNÓSTICO __/__/____ CLASSIFICAÇÃO PB ☐ MB ☐			
CONTATOS INTRADOMICILIARES			
NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1) _____	_____	____/____/____	____/____/____
2) _____	_____	____/____/____	____/____/____
3) _____	_____	____/____/____	____/____/____
4) _____	_____	____/____/____	____/____/____
5) _____	_____	____/____/____	____/____/____
6) _____	_____	____/____/____	____/____/____
7) _____	_____	____/____/____	____/____/____
8) _____	_____	____/____/____	____/____/____
9) _____	_____	____/____/____	____/____/____
10) _____	_____	____/____/____	____/____/____