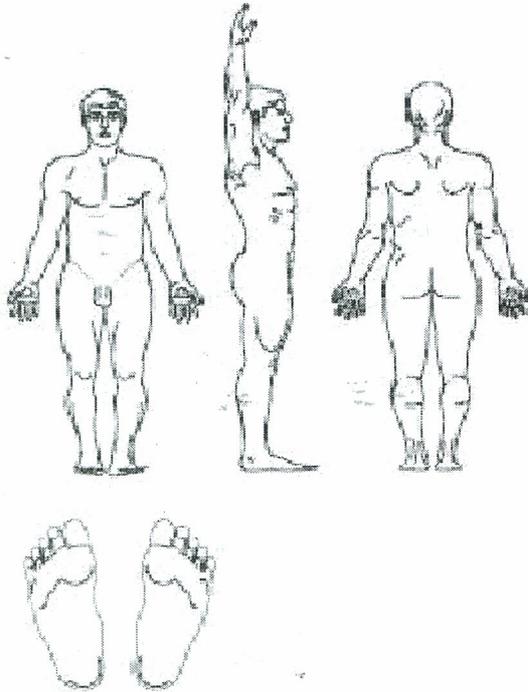


1 - DADOS CLÍNICOS

Tempo de doenças, história resumida e tratamento anterior se houver: _____

Descrição das lesões atuais: _____

Assinalar no desenho a localização das lesões:



Informações Adicionais:

2 – REGISTRO DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES: Assinalar com X os sinais encontrados

GRAUS	OLHO			MÃO			PÉ		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase								
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

3- COMUNICANTES (Listar somente as pessoas que residem com o doente): Maior Grau Atribuído 0 1 2 NA

NOME	ANO NASCIM	PARENTESCO	BCG	DATA DO EXAME	DOENTE DE HANSENÍASE	
					SIM	NÃO

4 – PROVÁVEL FONTE DE CONTÁGIO

Nome: _____ parentesco ou tipo de relação _____