

## ESTADO REACIONAL EM HANSENÍASE - RONDÔNIA

Identificação	Número da ficha Sinan <input style="width: 100px;" type="text"/>	Data da notificação da Reação: ____/____/____
	Mun. de Atendimento: _____	Unidade de Saúde: _____
	Cartão SUS <input style="width: 100px;" type="text"/>	Número do prontuário: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	Nome: _____	Sexo: 1- Masculino 2- Feminino <input type="checkbox"/>
Nome Mãe: _____		Data de Nascimento: ____/____/____

Dados clínicos	Situação atual do Paciente: 1) EM TRATAMENTO 2) EM ALTA <input type="checkbox"/>		Clas. Operacional 1) PB 2) MB <input type="checkbox"/>	
	Em Tratamento: (não preencher no caso de cura PQT)		Em Alta: (não preencher no caso de início PQT)	
	Data Início PQT: ____/____/____		Data da alta PQT: ____/____/____	
	Grau de incapacidade de acordo com a situação do paciente: (no Início PQT ou Cura PQT)			
0 = Grau zero		Maior Grau		Maior Soma
1 = Grau I				O M P
2 = Grau II		<input type="text"/>		<input type="text"/>
3 = Não Aval/Inf				
		Grau	O	M
		D	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Soma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Legenda : O= olhos M= mãos P=pés				

Estado Reacional	Modo de Entrada: 1) Caso Novo, 2) outros Episódios, 3-Transferência <input type="checkbox"/>				
	DATA INÍCIO DO TRATAMENTO DA REAÇÃO: ____/____/____				
	Tipo de Reação: RR - Reação Reversa      ENH - Eritema Nodoso Hansênico				
	1)Reação Tipo 1+RR 2)Neurite 3)Reação Tipo1+Neurite 4)Reação Tipo 2+ENH 5)Reação Tipo 2+Neurite 6)Reação Tipo 1+ Tipo 2 <input type="checkbox"/>				
	Neurite 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Sem Neurite				
	Aval. Neurológica no início da Reação: Maior Grau <input type="checkbox"/>				
Membros Superiores		Membros Inferiores		Face	
Nervo Ulnar <input type="checkbox"/>		Nervo Fibular <input type="checkbox"/>		Auricular <input type="checkbox"/>	
Nervo Mediano <input type="checkbox"/>		Nervo Tibial Posterior <input type="checkbox"/>		Nervo Facial <input type="checkbox"/>	
Nervo Radial <input type="checkbox"/>				Trigêmeo <input type="checkbox"/>	
		0 = Grau zero		Grau	
		1 = Grau I		D	
		2 = Grau II		E	
		3= Não Aval/Inf		Soma	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Legenda : O= olhos M= mãos P=pés					
Peso do paciente no início de tratamento da Reação : <input style="width: 100px;" type="text"/>					

Drogas Utilizadas no Início do Tratamento de Reação:					
Prednisona		Talidomida		Clofazimina	
1) Até 20mg <input type="checkbox"/>		1) 100mg <input type="checkbox"/>		1) 100mg <input type="checkbox"/>	
2) 30 - 40mg <input type="checkbox"/>		2) 200mg <input type="checkbox"/>		2) 200mg <input type="checkbox"/>	
3) 50 - 60mg <input type="checkbox"/>		3) 300mg <input type="checkbox"/>		3) 300mg <input type="checkbox"/>	
4) 70 - 80mg <input type="checkbox"/>		4) 400mg <input type="checkbox"/>		9) Não Adm. <input type="checkbox"/>	
5) 90mg e + <input type="checkbox"/>		9) Não Adm. <input type="checkbox"/>		Pentoxifilina	
9) Não Adm. <input type="checkbox"/>				1) 400mg <input type="checkbox"/>	
				2) 800mg <input type="checkbox"/>	
				3) 1200mg <input type="checkbox"/>	
				9) Não Adm. <input type="checkbox"/>	
				Antinflamatório <input type="checkbox"/>	
				não hormonal 1)Sim <input type="checkbox"/>	
				2) Não <input type="checkbox"/>	
				Antiparasitário 1)Sim <input type="checkbox"/>	
				2) Não <input type="checkbox"/>	
Imobilização: 1) Com Gesso 2) Tala Gessada 3) Outro Material 4)Não Realizada 9) Não se Aplica <input type="checkbox"/>					

Cirurgias Realizadas	Cirurgias em decorrência da Hanseníase - Neurolise 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação		
	Membros Superiores		
	Nervo Ulnar <input type="checkbox"/>		
	Nervo Mediano <input type="checkbox"/>		
Nervo Radial <input type="checkbox"/>		Membros Inferiores	
		Nervo Fibular <input type="checkbox"/>	
		Nervo Tibial <input type="checkbox"/>	
		Tratamento cirúrgico de MPP <input type="checkbox"/>	
MPP - Mal Perfurante Plantar			
Transposições Tendinosas 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem informação			
Mão em garra <input type="checkbox"/>		Artelhos em garra (Pé) <input type="checkbox"/>	
		Pé caído <input type="checkbox"/>	
Município onde foi realizada a (s) cirurgia(s): _____/RONDÔNIA			

Infor. complementares	Evolução atual das reações	
Profissional Responsável: _____		Data da Entrada no Sistema (NÍVEL CENTRAL) ____/____/____
Nome e Carimbo		