

Sumário

Tutorial.....	2
Ficha de Notificação do Estado Reacional.....	2
 1. Introdução.....	2
 2. Ficha de Notificação	4
 3. Campos – Identificação:	5
 4. Campos - Dados Clínicos:	6
 5. Campos - Estado Reacional	7
 6. Campos - Tratamento das Neurites	9
 7. Campos - Cirurgias	10
 8. Equipe Técnica	12

Tutorial

SISTEMA DE INFORMAÇÕES ESTADOS REACIONAIS - HANSENÍASE

Ficha de Notificação de Estado Reacional

1. Introdução

Este tutorial tem como objetivo orientar os profissionais das Unidades de Saúde sobre o correto preenchimento e digitação da ficha de notificação dos Estados Racionais em Hanseníase, conforme regulamentada pela Portaria AGEVISA/RO N° nº82/2014 que torna compulsória a notificação do estado reacional em hanseníase.

As anotações no prontuário são primordiais para o correto preenchimento da ficha e consequente digitação no Sistema de Reação. É importante ressaltar que alguns campos são obrigatórios e estão assinalados com (*), tanto na ficha quanto no Sistema, e o não preenchimento desses campos inviabiliza salvar fichas no Sistema.

São considerados obrigatórios os seguintes campos;

- *Número da ficha Sinan;
- *Data da notificação da Reação;
- *Município de Atendimento;
- *Unidade de Saúde;
- *Nome;
- *Situação atual do Paciente;
- *Modo de Entrada;
- *Tipo de Reação;
- *Peso do paciente no início do tratamento do episódio reacional;

Da mesma forma, alguns campos são considerados essenciais e, apesar de não serem obrigatórios, são essenciais para uma boa qualidade das informações, sendo estes:

- Nome da Mãe;
- Data de Nascimento;
- Classificação Operacional;

- Data do início da poliquimioterapia/PQT (não preencher em caso de ALTA);
- Data da alta da PQT (não preencher em caso de INÍCIO);
- Grau de Incapacidade Física do paciente no início ou no momento da alta da PQT (Maior Grau, Maior Soma (Score));
- Neurite (de acordo com os membros afetados);
- Grau de Incapacidade Física do paciente no início do episódio reacional (Maior Grau, Maior Soma (Score));
- Drogas Utilizadas no início do tratamento do episódio reacional;
- Cirurgias e seus desdobramentos, por seguimento;

O preenchimento da ficha de notificação requer uma profunda investigação no prontuário do paciente para obtenção de informações, principalmente nos pacientes pós-alta, portanto quanto mais fidedignas as anotações, melhor será a qualidade da notificação.

Tanto a ficha quanto o sistema preveem alguma situações não encontradas no prontuário (exceto campos obrigatórios). Caso a informação realmente não seja encontrada, marque de acordo com a situação correspondente, tais como: 9-Não informado; 9-Não Administrado (para medicamentos); ou 9-Sem informação (em outros campos).

Os campos em branco (não preenchido) na ficha não permitem uma análise adequada da informação, e esta ausência de informações no prontuário acarreta observações que por vezes podem ser errôneas,

O tratamento do Estado Reacional na hanseníase é um tanto complexo, portanto, quando houver dúvida se faz necessário discutir o assunto com a equipe multiprofissional que acompanha o caso na Unidade de Saúde e, quando necessário entrar em contato com a Coordenação Estadual de Hanseníase.

Coordenação Estadual de Hanseníase

2. Ficha de Notificação

ESTADO REACIONAL EM HANSENÍASE - RONDÔNIA						
Identificação	Número da ficha Sinan	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Data da notificação da Reação:	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Mun. de Atendimento:	<input style="width: 400px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
	Cartão SUS	<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Número do prontuário:			<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Nome:	<input style="width: 150px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Sexo:	1- Masculino	2- Feminino <input type="checkbox"/>
Nome Mãe:	<input style="width: 150px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Data de Nascimento:	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Dados clínicos	Situação atual do Paciente:	1) EM TRATAMENTO <input type="checkbox"/> 2) EM ALTA <input type="checkbox"/>	Clas. Operacional	1) PB <input type="checkbox"/> 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: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Data da alta PQT: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
	Grau de incapacidade de acordo com a situação do paciente: (no Início PQT ou Cura PQT)			Maior Grau	Maior Soma	
0 = Grau zero 1 = Grau I 2 = Grau II 3= Não Aval/Inf	Grau	O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Soma <input type="checkbox"/>	O M P <input type="checkbox"/>	
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:	<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
	Tipo de Reação: RR - Reação Reversa ENH - Eritema Nodoso Hansônico					
	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 Nervo Ulnar <input type="checkbox"/> Nervo Mediano <input type="checkbox"/> Nervo Radial <input type="checkbox"/>	Membros Inferiores Nervo Fibular <input type="checkbox"/> Nervo Tibial Posterior <input type="checkbox"/>	Face Auricular <input type="checkbox"/> Nervo Facial <input type="checkbox"/> Trigêmeo <input type="checkbox"/>	0 = Grau zero 1 = Grau I 2 = Grau II 3= Não Aval/Inf	Grau	O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Maior Soma O M P <input type="checkbox"/>
Legenda : O= olhos M= mãos P=pés						
Peso do paciente no inicio de tratamento da Reação :	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
Drogas Utilizadas no Início do Tratamento de Reação:						
Prednisona	Talidomida	Clofazimina	Pentoxifilina	Utilizou Outras?		
1) Até 20mg <input type="checkbox"/> 2) 30 - 40mg 3) 50 - 60mg 4) 70 - 80mg 5) 90mg e + 9) Não Adm.	1) 100mg <input type="checkbox"/> 2) 200mg 3) 300mg 4) 400mg 9) Não Adm.	1) 100mg <input type="checkbox"/> 2) 200mg 3) 300mg 9) Não Adm.	1) 400mg <input type="checkbox"/> 2) 800mg 3) 1200mg 9) Não Adm.	Antiparasitário	1)Sim <input type="checkbox"/> 2) Não <input type="checkbox"/>	
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						
Evolução atual das reações						
Infor. complementares						
Profissional Responsável: _____	Nome e Carimbo		Data da Entrada no Sistema (NÍVEL CENTRAL) / /			
Ficha Reacional 17/12/2016						

3. Campos – Identificação:

Número da Ficha Sinan:

Com espaço para 7 (sete) dígitos (campo obrigatório), utilize sempre o número do Sinan para todo paciente que é notificado.

Data de notificação:

Preencher na data tipo DD/MM/AAAA em que o paciente compareceu a Unidade de Saúde e após exames foi confirmado o quadro de Estado Reacional, (campo é obrigatório).

Identificação	*Número da ficha Sinan	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	*Data da notificação da Reação:	<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	*Mun. de Atendimento:	<input style="width: 400px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
	Cartão SUS	<input style="width: 150px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Número do prontuário:		<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	*Nome:				Sexo: 1- Masculino 2- Feminino	<input type="checkbox"/>	
	Nome Mãe:				Data de Nascimento:		<input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Município de Atendimento:

Anotar o Município de Atendimento em CAIXA ALTA, (evite abreviações) escreva sempre o nome completo do município.

Unidade de Saúde:

Anotar o nome completo da Unidade de Saúde, em CAIXA ALTA sem abreviaturas, escreva o nome completo.

Cartão SUS:

Anotar os 15 número do Cartão SUS.

Número do Prontuário:

Anotar os dígitos e letras (se houver) do prontuário, este campo não se deve colocar traços (-) caso o prontuário tenha traço ex. A000-0 utilize ponto A000.0, a importância deste campo é facilitar a busca para as devidas atualizações.

Nome:

Anotar o nome do paciente, em CAIXA ALTA, ou seja, sempre em maiúscula, isso facilita o entendimento e a digitação.

Sexo:

Anotar na caixa indicada o sexo do paciente 1) Masculino ou 2) Feminino

Nome da Mãe:

Anotar o nome da mãe completo e em CAIXA ALTA, ou seja, maiúscula.

Data de Nascimento:

Anotar a data de nascimento do paciente sempre no formato dia/mês/ano DD/MM/AAAA.

4. Campos - Dados Clínicos:

Situação atual do paciente:

Selecione se o paciente, 1) Em tratamento, 2) Em Alta, este é um campo obrigatório no Sistema Reação.

Clas. Operacional:

Selecione a classificação operacional do paciente 1) PB ou 2) MB

Em tratamento:

Anotar a data do Inicio de PQT (DD/MM/AAAA), caso o paciente apresente a reação no inicio do tratamento ou durante o tratamento (NÃO PREENCHER ESSE CAMPO NO CASO DE CURA PQT).

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

Em Alta:

Anotar a data da Alta de PQT (DD/MM/AAAA), caso o paciente apresente a reação ao/a a alta de PQT, ou seja, tenha concluído o tratamento, (NÃO PREENCHER ESSE CAMPO NO CASO DE INÍCIO PQT).

Grau de Incapacidade de acordo com a Situação do Paciente:

Anote nas caixas correspondentes o GRAU DE INCAPACIDADE no início ou cura do paciente conforme o seguimento O= (OLHO), M= (MAO) e P= (PÉ).

Soma:

Cada seguimento: (exemplo: Grau 0 no olho direito e Grau 1 no olho esquerdo, a soma será 1) e assim sucessivamente com os demais seguimentos.

Maior Grau:

Será sempre 0-Grau Zero,1-Grau Um, 2-Grau Dois ou 3-Não Aval/Inf.

Soma:

Refere-se à soma de cada seguimento que pode variar de 0 a 4 por seguimento (*atenção, caso o paciente não tenha sido avaliado em um dos seguimentos e a informação for 3 não será utilizada na soma da OMP*).

Maior Soma OMP: Será a maior soma em cada seguimento, e não pode ultrapassar ao total de 12. (atenção, caso em um dos seguimentos o GRAU for 3-Não Aval/Não Inf., este valor não entra na soma OMP).

5. Campos - Estado Reacional

Modo de Entrada:

Anote conforme a entrada do paciente 1) Caso Novo, 2) outros Episódios, 3) Transferência

Data do tratamento da Reação:

Anote a data de início do Tratamento da Reação , conforme descrito no prontuário com DD/MM/AAAA, (*campo obrigatório, o não preenchimento na ficha invalida a entrada no Sistema Reação*).

*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"/>

12Tipo de Reação:

Anote o Tipo de Reação conforme o quadro clínico que o profissional médico descreveu no prontuário para umas das situações descritas:

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

(campo obrigatório, não preenchimento deste campo invalida a entrada da ficha no Sistema Reação.)

Neurites:

Anote nas caixas correspondentes de acordo com as neurites apresentadas pelo paciente no prontuário, sendo:

1) Unilateral 2) Bilateral 3) Sem Neurite

¹ RR-Reação Reversa

² ENH- Eritema Nodoso Hansênico

Neurite	1) Unilateral	2) Bilateral	3) Sem Neurite
Membros Superiores		Membros Inferiores	
Nervo Ulnar	<input type="checkbox"/>	Nervo Fibular	<input type="checkbox"/>
Nervo Mediano	<input type="checkbox"/>	Nervo Tibial Posterior	<input type="checkbox"/>
Nervo Radial	<input type="checkbox"/>		
		Face	
		Auricular	<input type="checkbox"/>
		Nervo Facial	<input type="checkbox"/>
		Trigêmeo	<input type="checkbox"/>

Avaliação Neurológica no Início da Reação:

Esta área é dedicada especificamente ao Grau de Incapacidade no início da Reação:

Aval. Neurológica no início da Reação:		Maior Grau <input type="checkbox"/>			
0 = Grau zero	Grau	O	M	P	
1 = Grau I	D				
2 = Grau II	E				
3= Não Aval/Inf	Soma				
Legenda : O= olhos M= mãos P=pés					

Anote nas caixas correspondentes o GRAU DE INCAPACIDADE no início da Reação do paciente conforme o seguimento O= (OLHO), M= (MAO) e P= (PÉ).

Soma:

Cada seguimento: (exemplo: Grau 0 Olho Direito e Grau 1 Olho Esquerdo, a soma será =1 e assim sucessivamente com os demais seguimentos.

Maior Grau:

Será sempre 0-Grau Zero,1-Grau Um, 2-Grau Dois ou 3-Não Aval/Inf.

Soma:

Refere-se à soma de cada seguimento que pode variar de 0 a 4 por seguimento (*atenção, caso o paciente não tenha sido avaliado em um dos seguimentos e a informação for 3 não será utilizada na soma da OMP*).

Maior Soma OMP:

Será a maior soma em cada seguimento, e não pode ultrapassar ao total de 12. (atenção, caso em um dos seguimentos o GRAU for 3-Não Aval/Não Inf., este valor não entra na soma O M P).

Peso do paciente no início de tratamento da Reação:

Anote o peso do paciente de acordo com o descrito no prontuário, este campo é obrigatório, o não preenchimento invalida a entrada da Ficha no Sistema Reação.

*Peso do paciente no inicio de tratamento da Reação :

6. Campos - Tratamento das Neurites

Drogas Utilizadas no Inicio do Tratamento de Reação:

Anote nos campos correspondentes de acordo com o indicado para o tratamento da Reação, esta área deve ser congruente com o Tipo de Reação:

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

Prednisona: 1) Até 20mg, 2) 30 - 40mg, 3) 50 - 60mg, 4) 70 - 80mg, 5) 90mg e +, 9) Não Adm.

Talidomida: 1) 100mg, 2) 200mg, 3) 300mg, 4) 400mg, 9) Não Adm.

Clofazimina: 1) 100mg, 2) 200mg, 3) 300mg, 9) Não Adm.

Pentoxifilina: 1) 400mg, 2) 800mg, 3) 1200mg, 9) Não Adm.

Utilizou outras Drogas:

Anote nos campos correspondentes as seguintes situações:

Antinflamatório não hormonal: 1)Sim, 2) Não

Antiparasitário: 1)Sim, 2 Não

7. Campos - Cirurgias

Cirurgias em decorrência da Hanseníase - Neurolise:

Anote de acordo com os campos correspondentes as cirurgias realizadas no paciente, caso essa informação não constar no prontuário, será sempre sem informação:

Membros Superiores:

Nervo Ulnar, Nervo Mediano, Nervo Radial

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Cirurgias em decorrência da Hanseníase - Neurolise 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação			
Membros Superiores		Membros Inferiores	
Nervo Ulnar	<input type="checkbox"/>	Nervo Fibular	<input type="checkbox"/>
Nervo Mediano	<input type="checkbox"/>	Nervo Tibial	<input type="checkbox"/>
Nervo Radial	<input type="checkbox"/>	Tratamento cirúrgico de MPP <input type="checkbox"/>	
MPP - Mal Perfurante Plantar			

Membros Inferiores:

Nervo Fibular, Nervo Mediano

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Tratamento Cirúrgico de ³MPP

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Transposições Tendinosas:

Grupo de cirurgias de transposições dos tendões de membros superiores e inferiores, atualmente essas cirurgias são realizadas em Porto Velho no Hospital Santa Marcelina.

Anote de acordo com os campos correspondentes:

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 caido	<input type="checkbox"/>
Município onde foi realizada a (s) cirurgia(s): _____			/RONDÔNIA		

³ MPP Mal Perfurante Plantar

Mão em garra:

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Artelhos em garra (Pé):

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Pé caído:

Opções: 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Não Realizada 9) Sem Informação

Local da Cirurgia:

Anote o município em que foi realizada a cirurgia do paciente:

Município onde foi realizada a (s) cirurgia(s):_____ /RO

8. Equipe Técnica

Elaborado por:

Sebastião Alves de Sena Neto – Técnico Sinan - Rondônia

Revisão:

Enf. Albanete Coordenadora Estadual de Hanseníase

Ft. Carmelita Ribeiro Filha – Gerente Técnica Vigilância Epidemiológica

Dra. Maria Arlete da Gama Baldez – Diretora Agevisa

Agência Estadual de Vigilância em Saúde

Dra. Maria Arlete da Gama Baldez

Secretário de Estado da Saúde

Wiliam Pimentel

Governador do Estado de Rondônia

Confúcio Moura