

## Sumário

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

## 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 Nº n°82/2014 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 type="text"/>	Data da notificação da Reação: ____/____/____																																		
	Mun. de Atendimento:	<input type="text"/>	Unidade de Saúde: <input type="text"/>																																		
	Cartão SUS	<input type="text"/>	Número do prontuário: <input type="text"/>																																		
	Nome:	<input type="text"/>	Sexo: 1- Masculino 2- Feminino <input type="checkbox"/>																																		
	Nome Mãe:	<input type="text"/>	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) <input type="checkbox"/> Em Alta: (não preencher no caso de início PQT) <input type="checkbox"/>																																				
	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 1 = Grau I 2 = Grau II 3 = Não Aval/Inf																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grau</th> <th>O</th> <th>M</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Soma</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Maior Grau <input type="text"/> Maior Soma <input type="text"/> O M P			Grau	O	M	P	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Grau	O	M	P																																		
D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
Soma	<input type="text"/>	<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 Tipo 1+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"/>																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grau</th> <th>O</th> <th>M</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Soma</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Maior Soma <input type="text"/> O M P			Grau	O	M	P	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
	Grau	O	M	P																																	
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																	
	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																	
Soma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
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"/> Trigemino <input type="checkbox"/>																																					
Peso do paciente no início de tratamento da Reação : <input type="text"/>																																					
Drogas Utilizadas no Início do Tratamento de Reação:																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prednisona</th> <th>Talidomida</th> <th>Clofazimina</th> <th>Pentoxifilina</th> <th>Utilizou Outras?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Até 20mg <input type="checkbox"/></td> <td>1) 100mg <input type="checkbox"/></td> <td>1) 100mg <input type="checkbox"/></td> <td>1) 400mg <input type="checkbox"/></td> <td>Antiparasitário 1) Sim <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2) 30 - 40mg <input type="checkbox"/></td> <td>2) 200mg <input type="checkbox"/></td> <td>2) 200mg <input type="checkbox"/></td> <td>2) 800mg <input type="checkbox"/></td> <td>2) Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3) 50 - 60mg <input type="checkbox"/></td> <td>3) 300mg <input type="checkbox"/></td> <td>3) 300mg <input type="checkbox"/></td> <td>3) 1200mg <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) 70 - 80mg <input type="checkbox"/></td> <td>4) 400mg <input type="checkbox"/></td> <td>4) Não Adm. <input type="checkbox"/></td> <td>9) Não Adm. <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) 90mg e + <input type="checkbox"/></td> <td>9) Não Adm. <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9) Não Adm. <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Prednisona	Talidomida	Clofazimina	Pentoxifilina	Utilizou Outras?	1) Até 20mg <input type="checkbox"/>	1) 100mg <input type="checkbox"/>	1) 100mg <input type="checkbox"/>	1) 400mg <input type="checkbox"/>	Antiparasitário 1) Sim <input type="checkbox"/>	2) 30 - 40mg <input type="checkbox"/>	2) 200mg <input type="checkbox"/>	2) 200mg <input type="checkbox"/>	2) 800mg <input type="checkbox"/>	2) Não <input type="checkbox"/>	3) 50 - 60mg <input type="checkbox"/>	3) 300mg <input type="checkbox"/>	3) 300mg <input type="checkbox"/>	3) 1200mg <input type="checkbox"/>		4) 70 - 80mg <input type="checkbox"/>	4) 400mg <input type="checkbox"/>	4) Não Adm. <input type="checkbox"/>	9) Não Adm. <input type="checkbox"/>		5) 90mg e + <input type="checkbox"/>	9) Não Adm. <input type="checkbox"/>				9) Não Adm. <input type="checkbox"/>				
Prednisona	Talidomida	Clofazimina	Pentoxifilina	Utilizou Outras?																																	
1) Até 20mg <input type="checkbox"/>	1) 100mg <input type="checkbox"/>	1) 100mg <input type="checkbox"/>	1) 400mg <input type="checkbox"/>	Antiparasitário 1) Sim <input type="checkbox"/>																																	
2) 30 - 40mg <input type="checkbox"/>	2) 200mg <input type="checkbox"/>	2) 200mg <input type="checkbox"/>	2) 800mg <input type="checkbox"/>	2) Não <input type="checkbox"/>																																	
3) 50 - 60mg <input type="checkbox"/>	3) 300mg <input type="checkbox"/>	3) 300mg <input type="checkbox"/>	3) 1200mg <input type="checkbox"/>																																		
4) 70 - 80mg <input type="checkbox"/>	4) 400mg <input type="checkbox"/>	4) Não Adm. <input type="checkbox"/>	9) Não Adm. <input type="checkbox"/>																																		
5) 90mg e + <input type="checkbox"/>	9) Não Adm. <input type="checkbox"/>																																				
9) Não Adm. <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																																				
Infor. complementares	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																																				
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 type="text"/>	*Data da notificação da Reação:	<input type="text"/>
	*Mun. de Atendimento:	<input type="text"/>	*Unidade de Saúde:	<input type="text"/>
	Cartão SUS	<input type="text"/>	Número do prontuário:	<input type="text"/>
	*Nome:	<input type="text"/>	Sexo: 1- Masculino 2- Feminino	<input type="checkbox"/>
	Nome Mãe:	<input type="text"/>	Data de Nascimento:	<input 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 Início de PQT (DD/MM/AAAA), caso o paciente apresente a reação no início 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 <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																			
1 = Grau I																			
2 = Grau II																			
3 = Não Aval/Inf																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grau</th> <th>O</th> <th>M</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Soma</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Grau	O	M	P	D				E				Soma				Maior Grau <input type="text"/> Maior Soma O M P <input type="text"/>	
Grau	O	M	P																
D																			
E																			
Soma																			
Legenda : O= olhos M= mãos P=pés																			

### Em Alta:

Anotar a data da Alta de PQT (DD/MM/AAAA), caso o paciente apresente a reação aoó 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).

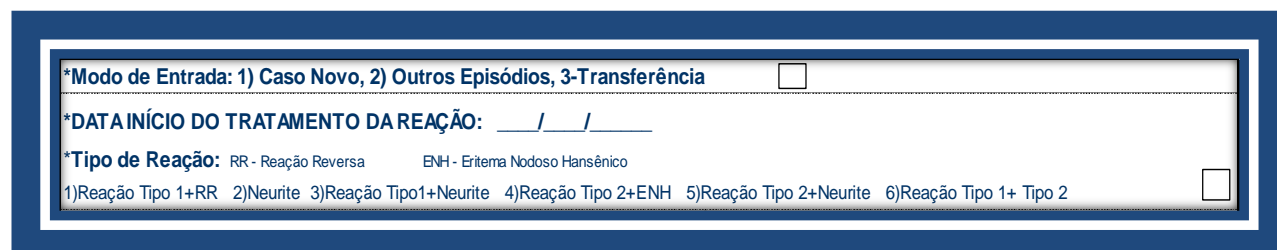
## 5. Campos - Estado Reacional

### 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).*



### <sup>12</sup>Tipo 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

<sup>1</sup> RR-Reação Reversa

<sup>2</sup> ENH- Eritema Nodoso Hansênico

<b>Neurite</b> 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Sem Neurite		
<b>Membros Superiores</b>	<b>Membros Inferiores</b>	<b>Face</b>
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"/>

### **Avaliação Neurológica no Início da Reação:**

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

<b>Aval. Neurológica no início da Reação:</b>				Maior Grau <input type="checkbox"/>	
0 = Grau zero	Grau	<b>O</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	Maior Soma O M P <input type="checkbox"/>
1 = Grau I	<b>D</b>				
2 = Grau II	<b>E</b>				
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 início de tratamento da Reação :

## 6. Campos - Tratamento das Neurites

### **Drogas Utilizadas no Início 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:					
<b>Prednisona</b> <input type="checkbox"/>	<b>Talidomida</b> <input type="checkbox"/>	<b>Clofazimina</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pentoxifilina</b> <input type="checkbox"/>	<b>Utilizou Outras?</b>	
1) Até 20mg	1) 100mg	1) 100mg	1) 400mg	Antinflamatório não hormonal	1) Sim <input type="checkbox"/>
2) 30 - 40mg	2) 200mg	2) 200mg	2) 800mg		2) Não <input type="checkbox"/>
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"/>
5) 90mg e +	9) Não Adm.				2) Não <input type="checkbox"/>
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	
<b>Membros Superiores</b>		<b>Membros Inferiores</b>	
Nervo Ulnar <input type="checkbox"/>		Nervo Fibular <input type="checkbox"/>	
Nervo Mediano <input type="checkbox"/>		Nervo Tibial <input type="checkbox"/>	Tratamento cirúrgico de MPP <input type="checkbox"/>
Nervo Radial <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 <sup>3</sup>MPP

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

<sup>3</sup> 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**

**William Pimentel**

**Governador do Estado de Rondônia**

**Confúcio Moura**