

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 3 0. 9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	14 Escolaridade					
0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica						
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados Complementares do Caso

Ocupação	31	Nº do Prontuário	32	Ocupação				
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas	34	Forma Clínica	35	Classificação Operacional	36	Nº de Nervos afetados
			1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB			
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico							
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado							
	38 Modo de Entrada							
1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado								
39 Modo de Detecção do Caso Novo								
1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado								
Dados Lab.	40 Baciloscopia							
	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado							
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial					
			1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos					
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados							

Observações adicionais:

--	--

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007