SES: (Periodicidade de notificação – 7 Dias) N°	l°
---	-----------

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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	Tipo de Notificação 2 - Individual			
	Agravo/doença HANSENÍASE Código (CID10) 3 Data da Notificação A 3 0. 9			
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)			
	G Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ign			
	Escolaridade O-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) 0-4 série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 0-5 Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 0-6 Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 0-10 Não se aplica			
Ž	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe			
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito			
Dados de Residência	20 Bairro Código			
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,)			
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP			
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso				
Ocupa- ção	31 Nº do Prontuário 32 Ocupação			
Dados Clínicos				
	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
Atendimento	38 Modo de Entrada			
Atendi	4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado			
¥	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			
Trata- mento	41 Data do Início do Tratamento 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos			
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:				
rador	Município/Unidade de Saúde			
Investigador	Nome Função Assinatura			
	Hanseníase Sinan NET SVS 30/10/2007			

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA	ASSINATURA
VISTORIAL BO EIGH ERRIVIERRO. BATTA	7.051147 (1.011/1