

Lista de Checagem

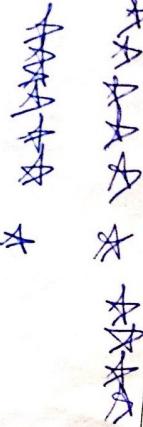
Iniciais: ETM

Número: 0102

"Ensaio clínico exploratório aberto randomizado multicêntrico para avaliar eficácia e segurança de esquemas terapêuticos para tratamento de dor neuropática em pacientes com hanseníase"

	Seleção	Randomização V1	V2 Mês 1	V3 Mês 2	V4 Mês 3	V5 Mês 4	V6 Mês 5	V7 Mês 6	V8 Término
DESVIOS PERMITIDOS	-		+/- 4 dias	- 4 dias					
Data da Visita	22/08/12	19/09/12	16/09/12	13/11/12	11/12/12	16/01/13	20/02/13	22/03/13	30/04
Obtenção TCLE	X								
Critérios inclusão e exclusão	X	X							
Anamnese	X								
Exame físico	X								
Sinais Vitais	X	X							
Medicação Concomitante	X	X							
Evento adverso									
Dispensar medicação									
Retorno/contabilidade adesão de medicação									
Biópsia nervo	X								
Randomização		X							
EVA			X	X	X	X	X	X	
SF-36	X								
Mini Mental	X								
DN4	X								
LANSS	X								
CHEPS	X								
QST	X								
ENMG									
Exames séricos ¹	X		X	X	X	X	X	X	
TPB									
Urinocultura	X								
Teste gravidez ²	X								

29/05-26/05



- Seleção: TGO, TGP, GGT, FA, Bilirrubinas totais e frações; Acompanhamento e término: Hemácias, Hemoglobina, Hematócrito, Volume globular médio (VGM), Hem. Glob. Média (HGM), C. H. Glob. Média (CHGM), RDW, Neutrófilos, Leucócitos, Linfócitos, Monócitos, Eosinófilos, Basófilos, Plaquetas, Ureia, Creatinina, TGO, TGP, GGT, FA, Bilirrubinas totais e frações, Glicose de jejum, HbA1c
Teste gravidez sérico na seleção e de urina nas demais visitas.



UPC

UNIDADE DE
PESQUISA CLÍNICA

PROJETO DOR NEUROPÁTICA

Iniciais: ETM
Número: 0102MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Data	22/08	19/09	30/09
Peso (kg)	57	57	58
Altura (m)	1,65	1,67	1,67
Rubrica	A	A	A

26/06

59

1,67

~~A~~SINAIS VITAIS

Data	22/08	19/09	16/10	13/11	11/12/12	16/01	20/02	26/03	30/04	28/05	26/06
FC (bpm)	70	77	80	82	88	80	78	80	80	76	72
FR (irpm)	24	24	22	20	18	20	22	20	22	21	19
PA (mmHg)	110X 60	120X 80	120X 80	132X 74	14X 62	120X 70	130X 70	120X 70	114X 83	130X 70	110X 70
Rubrica	A										



UPC

UNIDADE DE
PESQUISA CLÍNICA

PROJETO DOR NEUROPÁTICA

Iniciais: ETM
Número: 0102EVENTO ADVERSO

Houve alguma mudança?

Data	13/11/11	11/12/11	16/01	20/02	26/03	20/04	29/05	26/06
S/N	N	N	N	S	N	N	N	N
Rubrica	<input checked="" type="checkbox"/>							

Se sim, preencher abaixo:

Evento: Dor pós cir.Evento: Perda de visãoIntensidade () Leve () Moderado () Severo
() Severo c/ risco de vida () MorteIntensidade () Leve () Moderado () Severo
() Severo c/ risco de vida () MorteRelação () Medicação do estudo () Biópsia
() História médica () Outro: _____Relação () Medicação do estudo () Biópsia
() História médica () Outro: _____

EAG () Sim () Não

EAG () Sim () Não

Conduta: Fracou a dor da azotomiaConduta: soluto para oftálmicoInício: 01/10/11 Data/rubrica: 13/11/11Início: 01/11/11 Data/rubrica: 13/11/11Término: 11/12/11 Data/rubrica: _____

Término: _____ Data/rubrica: _____

Status () Resolvido () Resolvido c/ sequela
() Recuperação () Não resolvido () MorteStatus () Resolvido () Resolvido c/ sequela
() Recuperação () Não resolvido () MorteObs.: soluto EDA
Início mobilizanteObs.: soluto para
oftálmico.Evento: Dor pós cir.
epicârdica

Evento:

Intensidade () Leve () Moderado () Severo
() Severo c/ risco de vida () MorteIntensidade () Leve () Moderado () Severo
() Severo c/ risco de vida () MorteRelação () Medicação do estudo () Biópsia
() História médica () Outro: _____Relação () Medicação do estudo () Biópsia
() História médica () Outro: _____

EAG () Sim () Não

EAG () Sim () Não

Conduta: painel faro

Conduta:

Início: 11/11/11 Data/rubrica: 20/02/12

Início:

Data/rubrica:

Término: _____ Data/rubrica: _____

Data/rubrica:

Status () Resolvido () Resolvido c/ sequela
() Recuperação () Não resolvido () MorteStatus () Resolvido () Resolvido c/ sequela
() Recuperação () Não resolvido () Morte

Obs.: _____

Obs.: _____

TRATAMENTO PRÉVIO/CONCOMITANTE

Houve alguma mudança?

Data	22/08	16/09	16/10	13/11	11/12	20/02	26/03	30/04	29/05	26/06			
S/N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N			
Rubrica	<input checked="" type="checkbox"/>												

Se sim, preencher abaixo:

Medicação:	omeprazol 20mg	Medicação:	motilium 10mg
Dose:	20mg	Dose:	10mg
Frequência:	1x/d	Frequência:	3x/d
Via:	oral	Via:	oral
Indicação:	gástrite	Indicação:	doença do refluxo
Início:	2008	Data/rubrica:	22/08/12
Término:		Data/rubrica:	13/11/12

Medicação:	desconhecido	Medicação:	
Dose:		Dose:	
Frequência:	3x/d	Frequência:	
Via:	via oral	Via:	
Indicação:	dor abdominal	Indicação:	
Início:	01/02/13	Data/rubrica:	20/02/13
Término:		Data/rubrica:	

Medicação:		Medicação:	
Dose:		Dose:	
Frequência:		Frequência:	
Via:		Via:	
Indicação:		Indicação:	
Início:		Início:	
Término:		Término:	

Exame Físico

Ectoscopia:
Inclusive exame dermatológico

(N)

**Exame
cardiovascular:**

(N)

Exame Respiratório:

(N)

Exame do abdome:

(N)

Exame da marcha:

(N)

Estática:

(N)

Nervos cranianos:

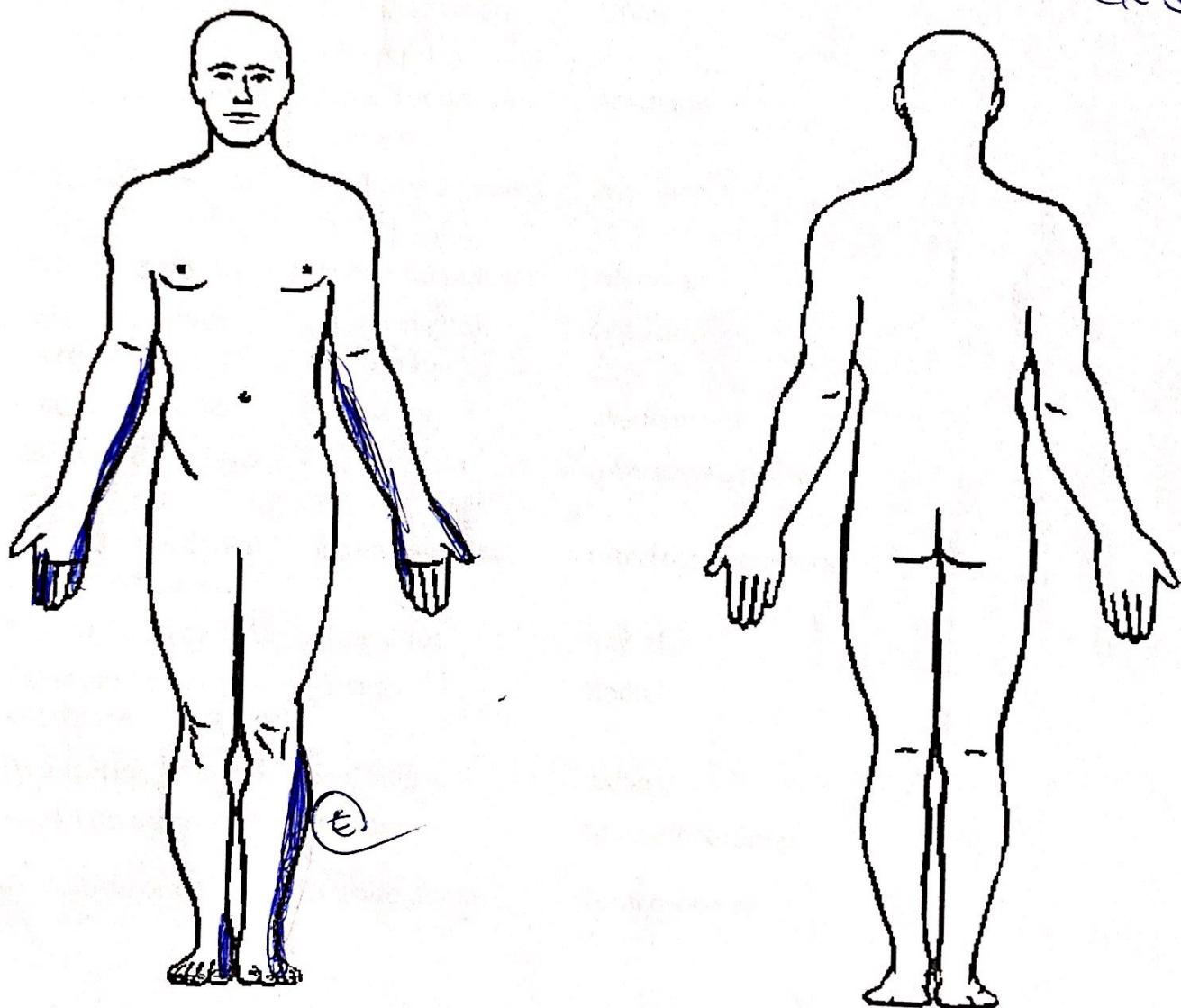
(N)

Sensibilidade superficial:

Hipostesia tenuice desloca os seguidos
abaixo

Sensibilidade profunda:

Hipostesia tátil/vibratória nos seguidos
abaixo



Força Muscular:**MEMBROS SUPERIORES**

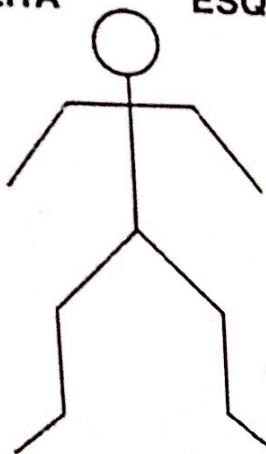
Ação	Músculo	Nervo	Grau de força (0 – 5)
Adução dos dedos	Interósseos	Ulnar	
Abdução dos dedos	Interróseos	Ulnar	
Flexão da mão sobre o antebraço	Flexor ulnar do carpo	Ulnar	
Oposição do polegar	Opositor do polegar	Mediano	5
Abdução do polegar	Abdutor do polegar brevis	Mediano	
Flexão do polegar	Flexor do polegar	Mediano	
Flexão dos dedos sobre a mão	Flexor digital profundo	Mediano	
Pronação da mão	Pronador	Mediano	
Extensão do polegar	Extensor do polegar brevis	Interrósseo posterior	
Extensão dos dedos sobre o antebraço	Extensor digital	Interrósseo posterior	
Supinação da mão	Supinador	Radial	
Extensão do antebraço	Tríceps	Radial	
Abdução do braço	Deltóide	Axilar	
Flexão do braço	Bíceps	Musculocutâneo	
Adução do braço	Grande dorsal	Toraco-dorsal	5

MEMBROS INFERIORES

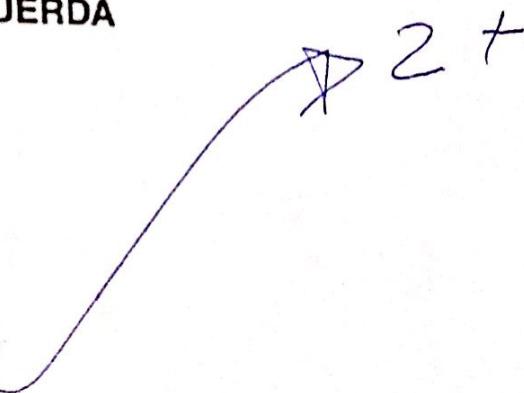
Ação	Músculo	Nervo	Grau de força (0 - 5)
Dorsiflexão do hálux	Extensor longo do hálux	Fibular profundo	
Eversão do pé	Fibular longo e brevis	Fibular superficial	
Dorsiflexão do pé	Tibial anterior	Fibular profundo	
Inversão do pé	Tibial Posterior	Tibial	
Flexão dos dedos	Flexor digital longo	Tibial	
Extensão do pé	Gastrocnêmio	Tibial	
Flexão da perna sobre a coxa	Bíceps da coxa	Ciático	5
Extensão da perna	Quadríceps	Femoral	
Flexão da coxa sobre o quadril	Ileopsoas	Femoral	
Adução da perna	Adutores	Obturador	
Abdução da perna	Glúteo médio e mínimo	Glúteo superior	

Reflexos profundos:

DIREITA



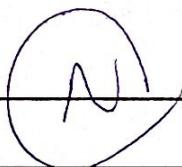
ESQUERDA



Reflexos superficiais:



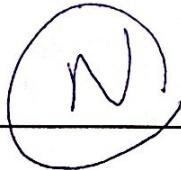
Esfincters:



Coordenação:



Tônus muscular:



Nervos periféricos:

Existe espessamento de nervo? Qual nervo espessado? folhas os

nervos palpa'veis

Rubrica/Data: 22/08/12

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

(N)

Neurológico:

g alterações evolutivas

Rubrica/Data:

19/09/12

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

N

Neurológico:

8 alterações evolutivas

Rubrica/Data:

16/10/12

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

N

Neurológico:

SI alterações evolutivas

Rubrica/Data:

13/11/12

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

2

Exame cardiovascular:

2

Exame Respiratório:

2

Exame do abdome:

2

MMII:

2

Neurológico:

Ex. Neurológico mantido

Rubrica/Data:

~~11/12/12~~
~~A2~~
11
11/12/12 ~~f~~

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

N

Exame cardiovascular:

N

N

Exame Respiratório:

N

N

Exame do abdome:

N

N

MMII:

N

N

Neurológico:

9 alterações evolutivas

N

Rubrica/Data:

16/01/2013

20/02/13



UPC

UNIÃO DE
PEQUENOS CRÉDITOS

DOR NEUROPÁTICA

Iniciais: ETM
Número: 0102

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

N

Neurológico:

g alt. evolutiva

Rubrica/Data:

26/03/17

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

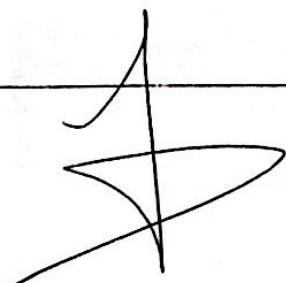
N

Neurológico:

Força preservada, assim como reflexos. Áreas de hipoestesia mautida.

Rubrica/Data:

30/04/13



Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia:

N

Exame cardiovascular:

N

Exame Respiratório:

N

Exame do abdome:

N

MMII:

N

Neurológico:

81 alterações evolutiva

1

Rubrica/Data: 29/05/13

X

Exame Físico - acompanhamento

Ectoscopia: N

Exame cardiovascular: N

Exame Respiratório: N

Exame do abdome: N

MMII: N

Neurológico: SI alt. evolutiva

Rubrica/Data: 26/06/13

06

26/06/13



Anamnese

■ Data de nascimento: 02/07/55

■ sexo: Masculino

■ estado civil: sóltimo

■ profissão: Pedreiro

■ naturalidade: Macacá

■ nacionalidade: Bra

■ Escolaridade: 4º série

■ Sócio-econômico: _____

Queixa principal (QP):

"Fisgadas nos pés t dormência"

História da doença atual (HDA) – Incluir informações sobre: Tempo de diagnóstico de hanseníase, Poliquimioterapia, Dor, Alteração da sensibilidade, Lesões cutâneas, Sintomas associados, Resultado da baciloscopy.e/ou Biópsia de pele,

Há 5 anos tive dor e dormência nos pés
e MSE, c/ lesão cutânea. Baciloscopy +
Biópsia pele +. Refere fraqueza nas pernas e
Tratou por 3x, durante 4 anos c/ PQT. maior D > E
nega reações hansenicas

História médica prégressa (HPP)

Tratou para hepatite B (Fic) - HBsAg -
Gastrite - Faz uso de aspirin 20 mg

Histórico familiar/familiar (HF) – incluir informações sobre História epidemiológica de hanseníase.

Filho c/ tuberculose ganglionar

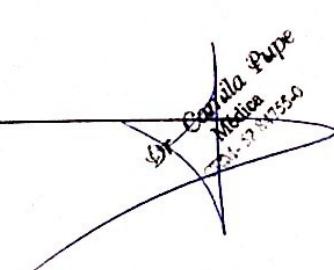
História pessoal e social:

- É tabagista [] sim não Carga tabágica: _____
- É alcoolista [] sim não Quantidade: _____
- Alergias: Nega

Revisão de sistemas

1. Cabeça, olhos, nariz, boca e ouvidos
2. Pescoço
3. Cardiovascular
4. Endócrino
5. Respiratório
6. Gastrointestinal
7. Musculoesquelético
8. Reprodutivo
9. Pele
10. Neurológico
11. Psiquiátrico
12. Outros (especificar)

História médica	Data de início	Em andamento/resolvido	Sistema
catarre	2008	resolvido	C.
hepatite B	?	resolvido	E.
toracoesofageo	2007	andamento	TS.

Rubrica/Data: 22/08/12


Dr. Cláudia Figueiredo
Médica Geral

NOTAS E OBSERVAÇÕES

Inserir o dia e a anotação de forma legível. Não pular linhas. Inserir iniciais no fim de cada anotação.

22/08/12 - Paciente levou o termo de consentimento e tirou todas as duvidas referentes ao estudo. Assinou, datou e rubrou 2 rias. Leveu 1ª via assinada. vers 1 jan/2012

*Jr. Curitiba
Medicações
CM-32/27/33-0*

22/08/12 - Respondeu o questionário sem interferência das respostas.

04/09/12 - Paciente retornou para randomizar e iniciar os tratamentos, no entanto não havia realizado o Rx torax, que é imprescindível para o início da imunoterapia. Orientou a retornar assim que tiver realizado o exame.

18/09/12 - Laudo do Rx torax normal. Auxílio resultados.

19/09/12 - Randomizado por profissional de saúde que não está participando do estudo, através de dado. Foi alocado no grupo 1.2 (Neurite - corticá de + Atazanavir). Realizado exame físico sem alterações evolutivas. Ns apresenta novas queixas. Dispensada medicação(s), dgs, obedições; 100 comp de prednisona, 30 comp. de Atazanavir, 28 comp. de ondansetron, 1 comp ivermectina.

10/10/12 - Refere melhora das dores. Sua eficácia adversa das medicações. Fazendo exame de controle.

13/11/12 - Paciente refere queimaduras e perda de sensibilidade há ~ 2 meses e que não sente mais sensações. Negó saudade. Início motilidade e facetas e dor de atazanavir.

Solicito EDA. Refere turgores visuais. Belas paroxissmas oftálmicos! ↑ dose ondansetron

NOTAS E OBSERVAÇÕES

Inserir o dia e a anotação de forma legível. Não pular linhas. Inserir iniciais no fim de cada anotação.

11/12/12 - Refere melhora dos sintomas após inicio motilium e 1º do ondansetron. Trat EPA que mostra gastrite atípica aguda com leve com áreas de metaplasia intestinal. Realizadas biopsias. Apurado histopatológico. Nega sintomas outros. Refere melhora da força e da sensibilidade nas mãos.

16/12/2013 - Nega dor. Melhora importante gástrica em uso de motilium e ondansetron. Já fizemos resultados da biopsia gastrica no próximo consulta. Está em uso de 150mg Aciclovir + 50mg medazosan + ondansetron 40mg + metilfenidato 40mg 3x/d. Reduzo a medazosan p/ 1 e ½ até proxima visita.

20/02/2013 - Após redução da dor de medulosa não houve piora da hipoesisia no pé (E) e cainho na met (D). Fiz ultrassom no seio muscular (S) há > 1 ano. Sólios avulsos de demônito. Ainda referindo dor e desconforto fôntico. Estava fazendo uso de Buscopan regular 6/6hs. Sólios para gastroenterologia. NC reduzir medicação por ora.

26/03/13 - Faz avaliação de demostofgiografia. Esta melhor abd piora. Refere importante melhora da dor. Reduzo medazosan p/ 20mg/d ate retorno.

Dispensação e retorno de medicação

VISITA/DATA	24/07/13	24/07/13		
Nome da medicação	Omeprazol	Azatadine		
Lote	L12149 N	L448558		
Validade	03/2015	09/2014		
Nº de comprimidos dispensados	56 comp	90 comp		
Data da dispensação	24/07/13	24/07/13		
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

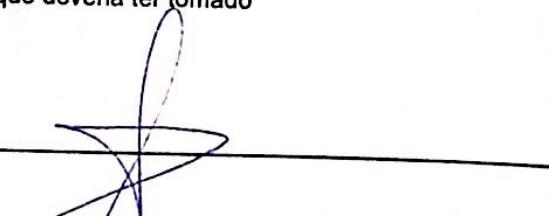
VISITA/DATA				
Nome da medicação				
Lote				
Validade				
Nº de comprimidos dispensados				
Data da dispensação				
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

Adesão:

Número de comprimidos tomados x100

Número de comp. que deveria ter tomado

Rubrica/Data:


24/07/13

Dispensação e retorno de medicação

VISITA/DATA	30/04/13	30/04/13	30/04/13	29/05/13
Nome da medicação	Azatropina	Prednisone	Amepneto	Azatropina
Lote	L424548	L12E867	L12149N	L380294
Validade	11/2013	04/2014	03/2014	05/2013
Nº de comprimidos dispensados	90 comp	20 comp.	56 comp	90 comp
Data da dispensação	30/04/13	30/04/13	30/04/13	29/05/13
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

VISITA/DATA	29/05/13	29/05/13	26/06/13	26/06/13
Nome da medicação	Prednisone	Amepneto	Azatropina	Amepneto
Lote	L12G85U	L12149N	L424548	L12149N
Validade	07/2014	03/14	11/2013	03/2014
Nº de comprimidos dispensados	20 comp	56 comp	90 comp	56 comp
Data da dispensação	29/05/13	29/05/13	26/06/13	26/06/13
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

Adesão:

Número de comprimidos tomados x100

Número de comp. que deveria ter tomado

Rubrica/Data:

 30/04/13

Dispensação e retorno de medicação

VISITA/DATA	19/09/12	19/09/12	19/09/2012	19/09/12
Nome da medicação	Omeprazol	Imunossupressor Azatropina	Ivermectina	Prednisolona
Lote	448806	424548	B12D0884	12E867
Validade	04/2014	11/2013	04/2014	04/2014
Nº de comprimidos dispensados	28 comp. 40 mg	30 comp. 50 mg	2cp 6mg	100 comp. 20 mg
Data da dispensação	19/09/12	19/09/12	19/09/12	19/09/12
Nº de comprimidos retornados	6 comp. 40 mg	10 comp. 50 mg	0	16 comp.
Data do retorno	16/10/12	16/10/12	19/09/12	16/10/12
Adesão	100%	70%	OK	100%

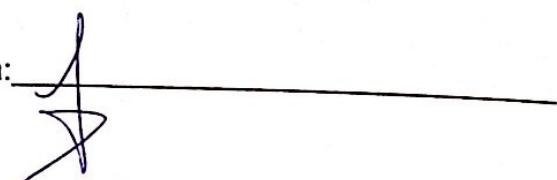
VISITA/DATA	16/10/12	16/10/12	16/10/12
Nome da medicação	Omeprazol	Prednisolona	Azatropina
Lote	448806	10K868	424548
Validade	04/2014	10/2012	11/2013
Nº de comprimidos dispensados	28 comp. 40 mg	80 comp. 20 mg	50 comp. 50 mg
Data da dispensação	16/10/12	16/10/12	16/10/12
Nº de comprimidos retornados	13/11/12	13/11/12	13/11/12
Data do retorno	28 comp.	24 comp.	2 comp.
Adesão	100%	70%	100%

Adesão:

Número de comprimidos tomados x100

Número de comp. que deveria ter tomado

Rubrica/Data:



19/09/12

Dispensação e retorno de medicação

VISITA/DATA	13/11/12	13/11/12	13/11/12	
Nome da medicação	Imiprazol	Azatiazolina	Prednisona	
Lote	B11J0742	380294	10K86B-12E867 <i>(AD)</i>	
Validade	10/13	05/13	04/14	
Nº de comprimidos dispensados	56 cápsulas 20 mg	60 comprimidos 50mg	100 comprimidos 20 mg	
Data da dispensação	13/11/12	13/11/12	13/11/12	
Nº de comprimidos retornados	0	10 comp.	39	
Data do retorno	11/12/12	11/12/12	11/12/12	
Adesão				

VISITA/DATA	11/12/12	11/12/12	11/12/12	16/01/13
Nome da medicação	Quaziprazol	Azatiazolina	Prednisona	Prednisona
Lote	LB11J0742	1380294	i12E867	112E867
Validade	10/2013	05/2013	04/2014	04/2014
Nº de comprimidos dispensados	56 comp.	40 comp.	60 comp	60 comp
Data da dispensação	11/12/12	11/12/12	11/12/12	16/01/13
Nº de comprimidos retornados	0	0	0	
Data do retorno	16/01/13	16/01/13	16/01/13	
Adesão	100%	100%	100%	

Adesão:

Número de comprimidos tomados x100

Número de comp. que deveria ter tomado

Rubrica/Data: TD 13/11/12

Dispensação e retorno de medicação

VISITA/DATA	16/01/2013	16/01/2013	20/02/13	20/02/13
Nome da medicação	Teatropine	Omeprazol	Prednisone	Omeprazol
Lote	L424548	L12148N	L12E8657	L12148N
Validade	11/2013	03/2014	04/2014	03/2014
Nº de comprimidos dispensados	90 comp	77 16/01/13 60 comp	40 comp 20 comp	70 comp 20 comp
Data da dispensação	16/01/2013	10/01/2013	20/02/13	20/02/13
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

VISITA/DATA	20/02/13	26/03/13	26/03/13	26/03/13
Nome da medicação	Teatropine	Teatropine	Omeprazol	Prednisone
Lote	L454154	L36929	L12149N	L12E367
Validade	03/2014	05/2013	03/2014	04/2014
Nº de comprimidos dispensados	80 comp.	90 comp	70 comp	40 comp
Data da dispensação	20/02/13	26/03/13	26/03/13	26/03/13
Nº de comprimidos retornados				
Data do retorno				
Adesão				

Adesão:

Número de comprimidos tomados x100

Número de comp. que deveria ter tomado

Rubrica/Data: _____



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS
COORDENAÇÃO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

TB- REGISTRO PPD

Nome	Elinai Sales Marinho	Idade	57	Sexo	m
Endereço	R. Pereira Ronzel 762	Bairro	Bonsucesso	Município	SG

PROVA TUBERCULÍNICA

Data da Inoculação	28/08/12	Data da Leitura	31/08/12
--------------------	----------	-----------------	----------

INDURAÇÃO EM MILÍMETROS

Não Reator
(menos de 5mm)

Reator Fraco
(5-9 mm)

Reator Forte
(100 mm e +)

Não Verificado

BCG - Vacinação S

Data: 31/8/12

Elinai

Responsável (preenchimento)

ETM 0102

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO
SERVIÇO DE RADIOLOGIA

PACIENTE: [REDACTED]

PRONT: 753.398

DATA: 03/09/2012

ORIGEM:

TIPO DE EXAME: RX DE TÓRAX PA P

Pulmões hiperaerados.
Coração de configuração e diâmetros anatômicos.
Aorta alongada.
Hilos sem alterações.
Seios costofrênicos livres.

Drº Célia Bastos CRM 52-24080-2

Emcs

18/07/12



MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO

- * Qual é (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).
- * Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local^a) (andar).

5
5

5
5

3

3

REGISTRO

- * Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____

ATENÇÃO E CÁLCULO

- * Subtrair: 100-7 (5 tentativas: $93 - 86 - 79 - 72 - 65$)
Alternativo¹: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

5

5

EVOCAÇÃO

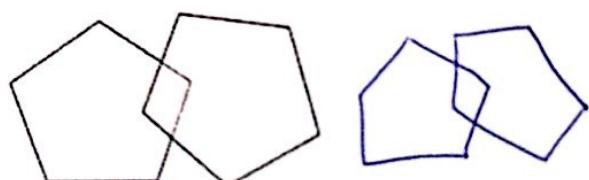
- * Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)

3
2
1
3
1
1
1

3
2
1
3
1
1
1

LINGUAGEM

- * Identificar lápis e relógio de pulso
- * Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".
- * Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".
- * Ler 'em voz baixa' e executar: FECHE OS OLHOS
- * Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)
- * Copiar o desenho:



TOTAL:

3
0



22/08/12

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
(se marcar não, excluir o voluntário)

Critérios de inclusão	Sim	Não
Indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos (inclusive)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de hanseníase segundo os critérios clínicos da OMS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração dos sintomas maior ou igual há 1 mês e menor ou igual há cinco anos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A dor é sintoma obrigatório com duração maior ou igual há 1 mês e menor ou igual há cinco anos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientes virgens de tratamento específico para dor neuropática e/ou imunossupressores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
(se marcar sim, excluir o voluntário)

Critérios de exclusão	Sim	Não
Gravidez, amamentação e lactação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déficit cognitivo de moderado a grave aferido pelo Mini Exame do Estado Mental	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacidade para pontuar a intensidade de dor (déficits visual ou auditivo)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Portadores de neoplasias malignas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pacientes imunodeficientes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Disfunção renal ou hepática já reconhecida	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de medicações que possam interferir na avaliação (conforme anexo 7 do protocolo)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outras causas de neuropatia periférica (conforme anexo 8 do protocolo)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mulheres em idade fértil sem uso de medidas anticoncepcionais eficazes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Rubrica/Data:

22/08/12



upc

UNIDADE DE
PESQUISA CLÍNICA**ENCAMINHAMENTO – ESTUDO DOR NEUROPÁTICA**Paciente Elivai Teler MoinhoData de nascimento: 02/07/55 Sexo: F MProntuário HUAP: 753398Resumo do caso: Paciente 57 anos

C1 diagnóstico de Hansenásia há 5 anos, feudo feito tratamento por 3x com poliquinoterapia, seu aperto tendo piorado progressivamente dor e fraqueza. 3x nenhuma melhora importante resolução reflexotonia. Será acompanhado pelo estudo por ≈ 6 meses.

Data: 22/08/12

Solicitante, assinatura e carimbo



upc

UNIDADE DE
PESQUISA CLÍNICA**ENCAMINHAMENTO – ESTUDO DOR NEUROPÁTICA**

Paciente _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: F M

Prontuário HUAP: _____

Resumo do caso: _____

Data: ____/____/____

Solicitante, assinatura e carimbo

ETM
0102

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA - DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- 1 - Quelmadura
- 2 - Sensação de frio doloroso
- 3 - Choques eléctricos

sim	não
X	
X	X

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

- 4 - Formiguelho
- 5 - Picadas
- 6 - Dormência
- 7 - Comichão

sim	não
X	
X	X

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- 8 - Hipoesesia ao tacto
- 9 - Hipoesesia à picada

sim	não
X	
X	

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- 10 - Fricção leve ("brushing")

sim	não
X	

22/08/12

✓

7/10

ETM
0102

Nota de 0 a 10 na Escala Visual Analógica 4,5

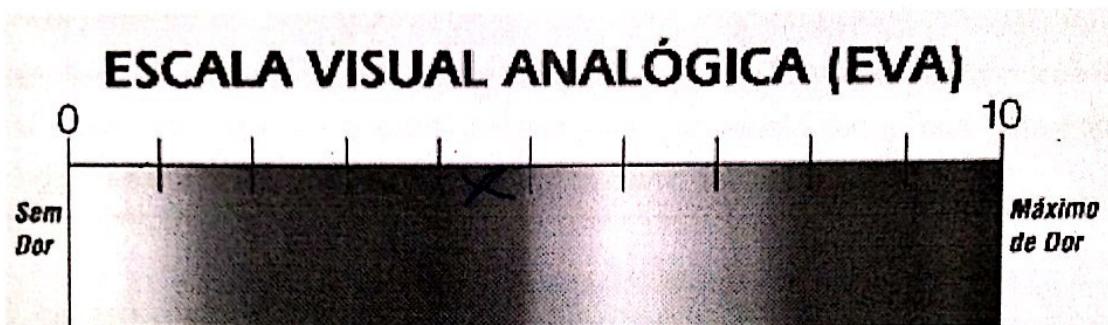
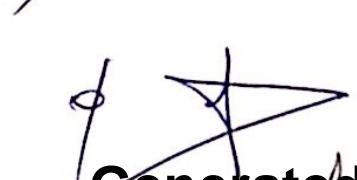


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

- 22/08/12 
- 16/10/12 - nota 3 
- 13/11/12 - Nota 4,5 
- 11/12/12 - Nota 0,5 
- 16/01/13 - nota 0 
- 20/02/13 - nota 0 
- 26/03/13 - nota 0 
- 30/04/13 - Nota 0 

ESCALA DE DOR LANNS

Nome:

ETM 0102
82/08/12 A

Data:

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação pois esta pode ajudar na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica a sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras do tipo “*agulhadas*”, “*choques elétricos*” e “*formigamento*” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....
[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência [5]

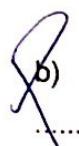
2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras do tipo “*manchada*” ou “*avermelhada ou rosada*” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....
[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha.....[5]

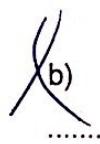
3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis e/ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível nesta área[0]

 b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área[3]

4) A sua dor inicia de repente, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado? Palavras tipo “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

 b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita freqüência[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras tipo “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

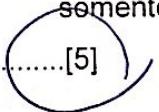
a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com freqüência [1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE: A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não-doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA: Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não-dolorida e, a seguir, na área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não-dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO - Sensação normal em ambas áreas [0]

b) SIM - Alodinia  na área dolorida [5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

- a) Determine o limiar por estímulo de agulha através da comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna - suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não-doloridas

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não-dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO - Sensação igual em ambas
áreas..... [0]

b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido
..... [3]

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

19

Se o escore < 12, mecanismos neuropáticos são improváveis de estarem contribuindo para a dor do paciente.

Se escore ≥ 12 , mecanismos neuropáticos provavelmente estão contribuindo para a dor do paciente.

22/08/12

S

ETM 01/02

ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente
Muito boa
Boa
Ruim
Muito ruim

(circule uma)

1
2
 3
4
5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que a um ano atrás
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás
Quase a mesma de um ano atrás
Um pouco pior agora do que há um ano atrás
Muito pior agora do que há um ano atrás

(circule uma)
1
 2
3
4
5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Difículta muito	Sim. Difículta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Subir vários lances de escada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
e) Subir um lance de escada	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
h) Andar vários quarteirões	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
i) Andar um quarteirão	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	X	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	X	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	X	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	X	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	X	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	X	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	X	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?
(circule uma)

De forma nenhuma 1
Ligeiramente 2
Moderadamente 3
Bastante 4
Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?
(circule uma)

Nenhuma 1
Muito leve 2
Leve 3
Moderada 4
Grave 5
Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?
(circule uma)

De maneira alguma 1
Um pouco 2
Moderadamente 3
Bastante 4
Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	X
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	X	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	X	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	X	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	X
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	X	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	X	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	X	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	X	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

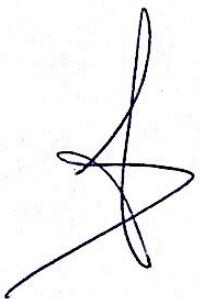
- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nenhuma parte do tempo

1
2
3
4
5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

99

 22/08/12

ETM
0102

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA - DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- 1 - Queimadura
- 2 - Sensação de frio doloroso
- 3 - Choques eléctricos

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

- 4 - Formiguelo
- 5 - Picadas
- 6 - Dormência
- 7 - Comichão

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- 8 - Hipóestesia ao tacto
- 9 - Hipóestesia à picada

sim	não
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- 10 - Fricção leve ("brushing")

sim	não
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Nota de 0 a 10 na Escala Visual Analógica _____ 8

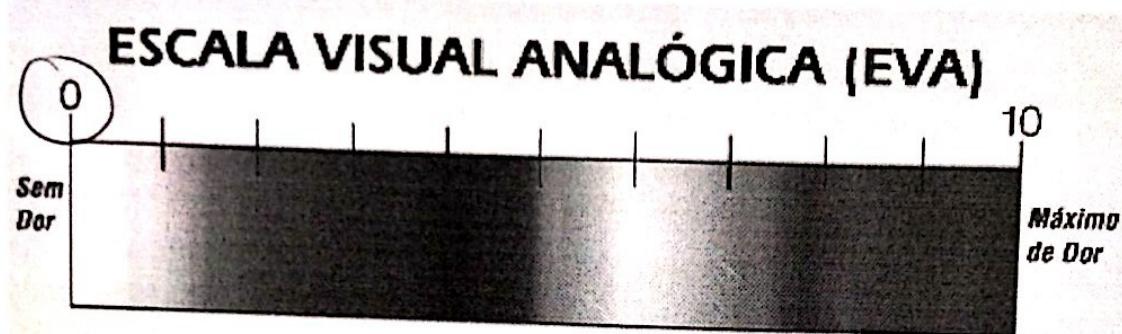


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

30/04/13 - nota 8



29/05/13 - nota 6



26/06/13 - nota 8



ETM
0102

ESCALA DE DOR LANNS

Nome: _____

Data:

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação pois esta pode ajudar na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica a sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras do tipo “*agulhadas*”, “*choques elétricos*” e “*formigamento*” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....
[0]

(b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência
diária.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras do tipo “*manchada*” ou “*avermelhada ou rosada*” descrevem a aparência da sua pele.

(a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....
[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha.....[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis e/ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

(a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível nesta área[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área[3]

4) A sua dor inicia de repente, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado? Palavras tipo “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

(b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita freqüência[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras tipo “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com freqüência
3 meses / semana [1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE: A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não-doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA: Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não-dolorida e, a seguir, na área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não-dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO - Sensação normal em ambas áreas [0]

b) SIM - Alodinia somente na área dolorida [5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha através da comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna - suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não-doloridas

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não-dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO - Sensação igual em ambas áreas.....[0]

b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido[3]

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24): 11

Se o escore < 12, mecanismos neuropáticos são improváveis de estarem contribuindo para a dor do paciente.

Se escore ≥ 12 , mecanismos neuropáticos provavelmente estão contribuindo para a dor do paciente.

ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente
Muito boa
Boa
Ruim
Muito ruim

1

2

3

4

5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás
Quase a mesma de um ano atrás
Um pouco pior agora do que há um ano atrás
Muito pior agora do que há um ano atrás

1

2

3

4

5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Difículta muito	Sim. Difículta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo

1

A maior parte do tempo

2

Alguma parte do tempo

3

Uma pequena parte do tempo

4

Nenhuma parte do tempo

5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoas que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

08/05/13



Niterói, 08 de outubro de 2012.

Biópsia N 12/3995
Nervo sural

Paciente: Elinai Teles Marinho
Matrícula- 647876

O fragmento de nervo foi fixado em glutaraldeído e corado pela hematoxilina-eosina,. Foram feitos também cortes semifinos transversais e longitudinais corados pelo azul de toluidina. Os fragmentos foram processados no Departamento de Patologia da UFF.

Nos cortes de nervo corados pela H&E havia intenso infiltrado mononuclear no endoneuro e epineuro desarranjando a arquitetura dos fascículos.

Os cortes semifinos mostraram perda quase total das fibras. Presença de inúmeros vacúolos alguns com presença de bacilos. Na coloração palo WADE observam-se inúmeros bacilos fragmentados.

Conclusão: Neuropatia inflamatória acentuada com presença de bacilos mortos, provavelmente devido a hanseníase tratada.

Elinai
tel: 3745-6096
7552-0658
E-mail 11/12/12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Ensaio clínico randomizado, multicêntrico para avaliar eficácia e segurança de esquemas terapêuticos para tratamento de dor neuropática em pacientes com hanseníase.**

Pesquisador Responsável: Osvaldo José Moreira Nascimento

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21)2629-9255 - (21) 9984-6044

Nome do voluntário: ELINAL TELES MARINHO

Idade: 57 anos RG. 83005684 - 2

Responsável legal (se aplicável): _____

R.G. Responsável legal: _____

O(a) Sr(a), está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima identificada.

O documento abaixo contém todas as informações necessárias para seu esclarecimento. Sua colaboração neste estudo será de muita importância, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo ao seu tratamento.

O objetivo do trabalho é avaliar a eficácia e a segurança de tratamentos de dor neuropática em pacientes com hanseníase. No total, 60 voluntários participarão da pesquisa em 03 (três) centros, dois no Rio de Janeiro e 01 (um) em São Paulo. A pesquisa tem duração de 06 meses, o sr (a) comparecerá mensalmente às visitas previamente agendadas.

Inicialmente, o(a) Sr(a) será examinado(a) por um(a) médico (a) neurologista e por um(a) médico(a) dermatologista.

Será necessário retirar uma amostra de sangue de aproximadamente 10 ml para exames complementares.



Serão realizados, também, três outros exames para melhor compreensão do tipo e da intensidade do comprometimento do nervo:

- 1) Eletroneuromiografia;
- 2) Teste quantitativo da sensibilidade (QST) e
- 3) Teste com o estimulador de potencial evocado por calor e contato (CHEPS).

Para a realização da eletroneuromiografia, são colocados eletrodos sobre a pele e também é usada uma agulha colocada no músculo, o que gera um desconforto suportável. O teste quantitativo de sensibilidade e o teste com o estimulador de potencial evocado por calor e contato não provocam desconforto.

Por fim, para esclarecimento do grau da lesão do nervo e a intensidade da inflamação, será realizada biópsia do nervo sensitivo superficial mais acometido, sob anestesia local. A biópsia do nervo pode causar complicações como dormência no local da inervação e, às vezes, infecções, neuromas, cicatrizes do tipo quelóide e dores crônicas.

Os voluntários com inflamação dos nervos, identificada pelos exames, receberão tratamento com corticóide oral. Os corticoides poderão ser associados à azatioprina, um imossupressor, medicamento que diminui a resposta inflamatória. Os voluntários com dor, mas sem inflamação do nervo, serão tratados com antidepressivo tricíclico (amitriptilina). Será prescrita gabapentina, como alternativa, quando houver contra-indicação à amitriptilina. Todos esses medicamentos constituem tratamentos já usados para inflamações dos nervos e dores neuropáticas, do tipo que ocorre na hanseníase.

Os benefícios para os voluntários são: 1) os exames realizados permitirão o diagnóstico preciso do tipo e intensidade do dano do nervo, permitindo o tratamento correto; 2) será realizado acompanhamento da doença na Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário Antônio Pedro, durante o tempo da pesquisa e, se necessário após o término da mesma.

Todos os resultados de exames realizados serão entregues ao voluntário.

Toda medicação será fornecida gratuitamente.

O voluntário receberá respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento individual.

O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do tratamento do mesmo.

Será mantido o sigilo de todas as informações obtidas pelo estudo.

Os voluntários receberão informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a sua vontade de continuar participando.

Será oferecido, por parte da instituição, tratamento médico em caso de danos diretamente causados por esta pesquisa.

Em todas as consultas será fornecido ressarcimento aos pacientes, das despesas com transporte e alimentação.

A pesquisa e o termo de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro. Caso você queira entrar em contato com o Comitê, ligue para 2629-9255.

Assinando abaixo, eu declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Elinai Teló Marinho
22/08/12 Nome e assinatura do voluntário ou seu responsável legal
Data

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento Data

Camila Pupo
22/08/12
Nome e assinatura da testemunha (se aplicável) Data



Ficha de cadastro de voluntário

Nome: Elizângela Telles Marinho DN: 02 / 07 / 55
Endereço:
Bairro: _____ Cidade: _____
Telefones: 3715 - 6096 / 7552 - 0658
Email:
Prontuário HUAP: 753.398
Pesquisa: Dor / Neuro



Ficha de cadastro de voluntário

Nome: _____ DN: _____ / _____ / _____
Endereço:
Bairro: _____ Cidade: _____
Telefones:
Email:
Prontuário HUAP:
Pesquisa:



Ficha de cadastro de voluntário

Nome: _____ DN: _____ / _____ / _____
Endereço:
Bairro: _____ Cidade: _____
Telefones:
Email:
Prontuário HUAP:
Pesquisa:

uff

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO - HUAP
SERVIÇO DE NEUROLOGIA
SETOR DE NEUROFISIOLOGIA**

[REDACTED]

O estudo da neurocondução mostrou:

- a) aumento da latência distal sensitiva em nervo mediano E; ulnar e sural bilateral.
- b) amplitude reduzida no potencial sensitivo em nervo mediano E, ulnar E, radial E, sural E.
- c) aumento da latência distal motora em nervo mediano E; ulnar E.
- d) velocidade de condução em nervo mediano E; tibial bilateral.

Esses dados são compatíveis com polineuropatia sensitivo-motora.

Maria Teresas Noronha

Maria Teresas Noronha
Neurologia
CRM 52 39372-4

Observação: Este é um exame complementar; portanto, os resultados aqui apresentados deverão ser analisados pelo médico assistente, em relação aos demais dados clínicos e laboratoriais do paciente.

Quantitative Somatosensory Test Report

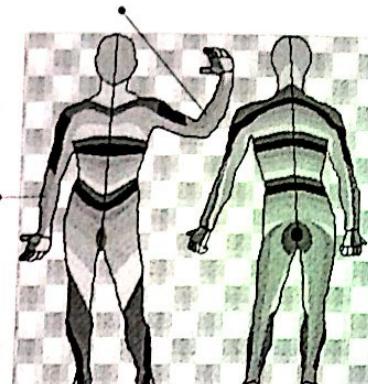
medoc Ltd.
TSA II
NeuroSensory
Analyzer

Institute name: ABC Pain Center
Address: Suite 31 Midland, TX 77222
Tel.: 999-999-999 Fax: 888-888-888

Patient name: ELINAI G. MARINHO
I.D. Number: DOR 1
Report Date: 7-Nov-2012
ICD-9:

Physician: Enter physician name
Examiner: Enter examiner name

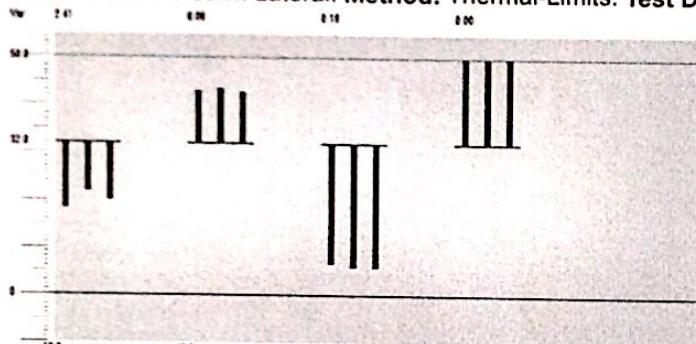
HISTORY



Body Sites Tested

TEST RESULTS

Site: C6/Left Forearm Lateral. Method: Thermal-Limits. Test Date: 22-Aug-2012.



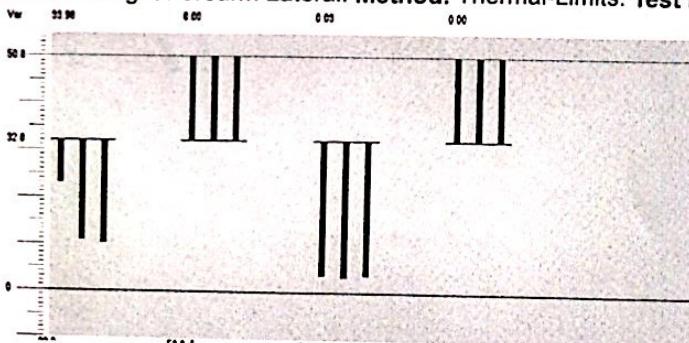
Cold sensation (CS) threshold = 20.1 °C

Warm sensation (WS) threshold = 43.1 °C

Cold pain (CP) threshold = 6.2 °C

Heat pain (HP) threshold = 50 °C

Site: C6/Right Forearm Lateral. Method: Thermal-Limits. Test Date: 22-Aug-2012.



Cold sensation (CS) threshold = 14.7 °C

Warm sensation (WS) threshold = 50 °C

Cold pain (CP) threshold = 3.6 °C

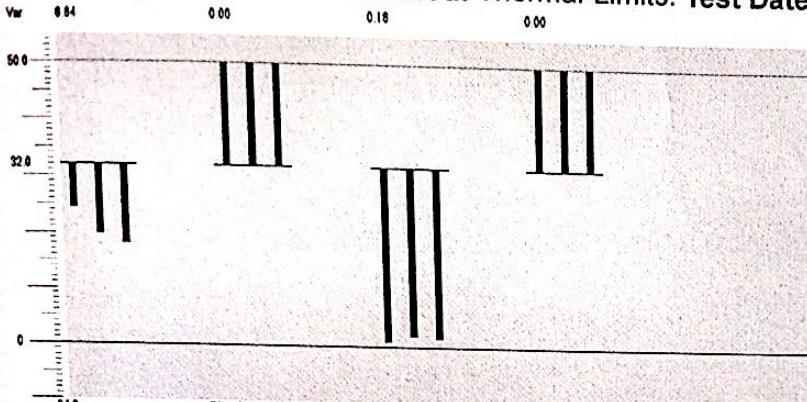
Heat pain (HP) threshold = 50 °C

--More--

Patient name: ELINAI G. MARINHO

Report Date: 7-Nov-2012

Site: L5/Right Leg Anterior. Method: Thermal-Limits. Test Date: 22-Aug-2012.



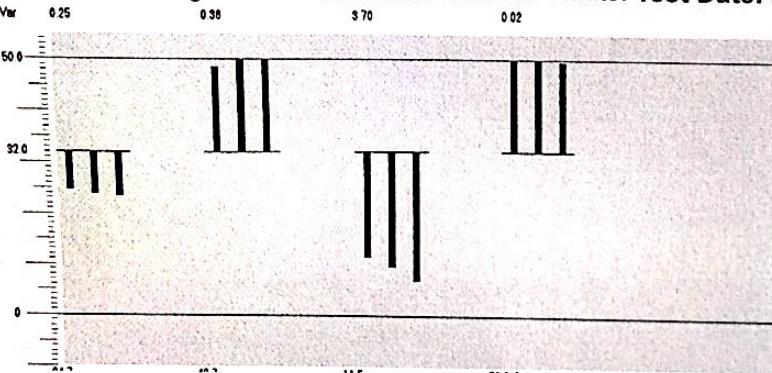
Cold sensation (CS) threshold = 20.7 °C

Warm sensation (WS) threshold = 50 °C

Cold pain (CP) threshold = 1.5 °C

Heat pain (HP) threshold = 50 °C

Site: L5/Left Leg Anterior. Method: Thermal-Limits. Test Date: 22-Aug-2012.



Cold sensation (CS) threshold = 24 °C

Warm sensation (WS) threshold = 49.6 °C

Cold pain (CP) threshold = 9.2 °C

Heat pain (HP) threshold = 49.9 °C

REMARKS