



## Identificação da Unidade de Saúde Especializada

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Estado	Município da Unidade Sentinela	Nome da Unidade Sentinela	Código CNES	
Nome do responsável pela solicitação da amostra		E-mail do responsável pela solicitação da amostra	Número de Notificação (SinanNet)	
Nome do Paciente	CPF	Nº CNS	Data de Nascimento	Sexo
Nome da Mãe	Estado de Residência	Município de Residência	Telefone	
Endereço de Residência		CEP de Residência		

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

## Motivo do Envio da Amostra

- ( ) Caso Novo Multibacilar (IB $\geq$ 2,0)
- ( ) Persistência de hansenomas e/ou lesões infiltradas após o término da PQT-U com aspecto clínico inalterado em relação ao momento do diagnóstico
- ( ) Índice bacilos cópico (IB) inalterado ou aumento do IB em relação ao exame anterior, respeitando-se os mesmos sítios de coleta e o intervalo mínimo de 1 ano entre os exames
- ( ) Reações hansênicas reentrantes por mais de 3 anos após a alta por cura, não responsivas ao tratamento com corticosteroides sistêmicos ou talidomida
- ( ) Abandono ao tratamento com PQT-U por mais de 6 meses para os casos MB
- ( ) Caso de recidiva

## Índice bacilos cópico no final do tratamento

Lóbulo Orelha Direita: _____	Lóbulo Orelha Esquerda: _____	Cotovelo Direito: _____	Cotovelo Esquerdo: _____	Lesão (identificar o local da lesão): _____	IB: _____
------------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	---	-----------

## Esquema Terapêutico Atual

- ( ) PQT-U
- ( ) Outro Esquema ( ) Rifampicina ( ) Clofazimina ( ) Dapsona ( ) Minociclina ( ) Ofloxacino
- Forma Clínica ( ) Indeterminada ( ) Tuberculóide ( ) Dimorfa ( ) Virchowiana

Nº de doses administradas no tratamento atual	Data da Realização da Biópsia
	___/___/___

## Observações referente ao caso

SOLICITAÇÃO DE TESTE PARA DETECÇÃO DE GENES DE RESISTÊNCIA NO DNA DO *Mycobacterium leprae*

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Meio de conservação: Álcool 70%

Material: ( ) biópsia de pele (punch: \_\_\_mm)

Área biopsiada (descrição da área):

Responsável pela solicitação do teste  
(assinatura e carimbo)