

**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	
	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		13		Raça/Cor			
	14		Escolaridade							
15		Número do Cartão SUS						16		Nome da mãe

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

**Dados Complementares do Caso**

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

**Observações adicionais:**

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET	