



1- 6 meses 2- 12 meses 3- 12 a 24 meses 6- 24 a 36 meses 5- Mais de 36 meses 9- Não soube informar

**4.6 O paciente precisou ser internado por causa das complicações da hanseníase ou do tratamento nos últimos 12 meses antes do óbito?** [ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**4.7 O paciente apresentava complicações da hanseníase nos últimos 12 meses antes do óbito?** [ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**4.8 Indique as complicações da hanseníase nos últimos 12 meses antes do óbito?**

☐ Manchas inflamadas pelo corpo

☐ Inflamação nos olhos

☐ Caroços dolorosos pelo corpo

☐ Anemia

☐ Febre

☐ Hepatite

☐ Inflamação nos testículos

☐ Problemas nos rins

☐ Inchaço nas pernas e nos pés

☐ Diabetes

☐ Inflamação nos nervos dos braços ou das pernas

☐ Pressão alta

☐ Outros: \_\_\_\_\_

**4.9 Quantas vezes o paciente precisou ser internado por causa das complicações da hanseníase ou do tratamento nos últimos 12 meses antes do óbito?** [ ] Informe o número de vezes ou use "0" (zero) para os casos sem internação

**4.10 O paciente tomava corticoide (prednisona) devido à hanseníase?** [ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**4.10.1 Há quanto tempo o paciente tomava corticoide (prednisona)?** [ ]

1- Até 6 meses 2- 6 a 12 meses 3- 12 a 24 meses 6- 24 a 36 meses 5- Mais de 36 meses 9- Não soube informar

**4.11 O paciente tomava talidomida devido à hanseníase?** [ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**4.11.1 Há quanto tempo o paciente tomava talidomida?** [ ] 1- Até 6 meses 2- 6 a 12 meses 3- 12 a 24 meses 6- 24 a 36 meses 5- Mais de 36 meses 9- Não soube informar

#### BLOCO V – ANTECEDENTES DE SAÚDE

**5.1 O(A) paciente possuía alguma outro problema de saúde importante além da hanseníase?**

[ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**5.2 Marque com um X que outra(s) doença(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s)?**

☐ Problemas cardíacos

☐ Doença renal crônica

☐ Tuberculose

☐ Pressão alta

☐ Doença do fígado

☐ HIV/AIDS

☐ Diabetes

☐ Doença do pulmão

☐ Abuso de álcool

☐ Uso de drogas ilegais. Qual(is)? \_\_\_\_\_

☐ Câncer. De que órgão? \_\_\_\_\_

☐ Fez algum transplante. De que órgão? \_\_\_\_\_

☐ Outra doença? \_\_\_\_\_

**5.3 Tomava algum medicamento de uso contínuo para a condição imunossupressora citada?**

[ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**5.4 Além dos medicamentos prescritos pelo médico, tomava outros medicamentos frequentemente por conta própria?**

[ ] 1-Sim 2-Não 9-Não soube informar

**5.5 Informe o nome dos medicamentos utilizados e o tempo de uso.** Liste tanto os medicamentos prescritos pelos médicos como aqueles utilizados por conta própria

Nome do remédio e/ou medicamento	Há quantos meses ou anos vinha utilizando?
	__ /___  M-meses A-anos
	__ /___  M-meses A-anos
	__ /___  M-meses A-anos
	__ /___  M-meses A-anos
	__ /___  M-meses A-anos
	__ /___  M-meses A-anos

5.6 Forneça outras informações sobre uso de medicamentos:

BLOCO VI – SINAIS E SINTOMAS QUE ANTECEDERAM O ÓBITO

6.1 Quanto tempo antes do óbito o paciente apresentou piora do seu estado de saúde? |\_\_|/\_\_\_| M-meses A-anos

6.2 Descreva maiores detalhes sobre o quadro que antecedeu o óbito

BLOCO VII – DADOS DA ASSISTÊNCIA

7.1 Quantas vezes o paciente procurou assistência médica na unidade de saúde por conta do agravamento do seu quadro de saúde nos 6 meses que antecederam o óbito? [ ] Informe o número de vezes ou use “0” (zero)

7.2 Se procurou assistência médica por conta do quadro clínico de hanseníase, qual foi o percurso no serviço de saúde?

Data do atendimento	Nome do estabelecimento de saúde	Município	UF	Hipótese diagnóstica	Conduta*
/ /			_		
/ /			_		
/ /			_		
/ /			_		
/ /			_		
/ /			_		

\*1 – Ambulatorial    2 – Referenciado    3 - Internação    4 - Transferência

BLOCO VIII – DADOS DE OUTRAS PESSOAS DO DOMICÍLIO

8.1 Mais alguém do domicílio teve diagnóstico de hanseníase? [ ] 1-Sim    2-Não    9-Não soube informar

8.2 Se mais alguém do domicílio teve diagnóstico de hanseníase, fizeram o tratamento? [ ] 1-Sim    2-Não    9-Não soube informar

BLOCO IX- RESUMO DA INVESTIGAÇÃO

<b>BLOCO X – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA</b>
Nome: _____
Local de trabalho: _____
Cargo/Função: _____
E-mail: _____ Telefones: (    ) _____ - _____

VO/Hanseníase – Entrevista com familiar – Evento \_\_\_\_\_

Código de retorno desta ficha de investigação no REDCap: \_\_\_\_\_

Versão Preliminar