



**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 4-24 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 4-24 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



**BLOCO X – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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