



**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM MENÇÃO À HANSENÍASE
INVESTIGAÇÃO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO**

CRITÉRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO:

Óbito registrado no SIM com qualquer menção dos seguintes códigos da CID-10:

- **A30** - Hanseníase
- **B92** – Sequelas de hanseníase

BLOCO I – DADOS GERAIS

- 1.1 Data da investigação: ____/____/____ 1.2 Data do óbito: ____/____/____
1.3 Houve notificação para hanseníase no Sinan, antes do óbito? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
1.4 Se “Sim”, qual (is) o(s) número(s)? _____

BLOCO II – IDENTIFICAÇÃO E DADOS DE RESIDÊNCIA

- 2.1 Nome do falecido(a): _____
2.2 Data nascimento: ____/____/____ 2.2.1 Idade em anos: |__|__|
2.3 CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
2.4 Sexo: |__| 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Intersexo 2.5 Cartão SUS: _____
2.6 Nome da mãe: _____
2.7 UF de residência: ____|____ 2.8 Município de residência*: _____
*considerar o município de residência registrado no SIM

BLOCO III – LOCAL DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

- 3.1 Local da investigação: [] 1 - Hospital 2 - Unidade de Pronto Atendimento 3 - SVO 4 - Outro
3.2 Nome do estabelecimento: _____
3.3 CNES: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
3.4 UF da investigação: ____|____ 3.5 Município da investigação: _____

BLOCO IV – ADMISSÃO HOSPITALAR

- 4.1 Data da admissão hospitalar: ____/____/____
4.2 Em qual momento ocorreu o diagnóstico da hanseníase? [] 1 - Antes da hospitalização 2 - Durante a hospitalização 3 - Não houve diagnóstico de hanseníase 9 - Sem registro
4.3 O paciente já havia concluído tratamento para hanseníase? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro
4.4 O paciente estava em tratamento para hanseníase no momento da internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro
4.5 Descreva o quadro clínico e hipótese(s) diagnóstica(s) para a internação: _____

4.6 Houve internação anterior neste estabelecimento de saúde devido ao quadro atual? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
4.7 Quantas vezes, nos últimos 6 meses, procurou atendimento neste estabelecimento de saúde devido ao quadro atual? [] informe o número de vezes ou “0” (zero). Use “99” para os casos sem essa informação
4.8 Qual foi o período entre a data da admissão hospitalar e a data do óbito? |__|/|__| [] D – Dias

BLOCO IV – ADMISSÃO HOSPITALAR (continuação)**4.9 Indique os sinais e sintomas no momento da admissão hospitalar:**

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Angústia respiratória | <input type="checkbox"/> Nefrite | <input type="checkbox"/> Artralgias |
| <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Poliadenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Mal estar geral | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Sangramentos |
| <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Mialgias | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Dores abdominais | <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Dor torácica |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

4.10 Indique as comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cushing iatrogênico | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Neoplasias | <input type="checkbox"/> Transplante de órgãos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hepatopatia | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças endócrinas | <input type="checkbox"/> Etilismo | |

4.10.1 No caso de neoplasias, transplante de órgãos, ou nos casos de outra comorbidade ou condição imunossupressora, especifique: _____**4.10.2 Quais medicamentos de uso contínuo utilizava? _____****4.11 Há indícios de infecção hospitalar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro****BLOCO V - DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE DURANTE A INTERNAÇÃO**

OBS.: Preencha este bloco apenas se o diagnóstico de hanseníase tiver sido realizado durante o período da internação atual.

5.1 Houve descrição de sinais e sintomas que confirmam diagnóstico clínico de caso de hanseníase? 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**5.2 Se "Sim", indique abaixo os sinais e sintomas descritos:**

- Lesão (ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil
- Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas

5.3 Baciloscopia do esfregaço intradérmico? 1

1 - Positiva (IB: _____) 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Sem registro

5.4 Biópsia de pele e histopatologia? 1

1 - Compatível ou conclusiva de hanseníase 2 - Compatível ou conclusiva de outra patologia 3 - Inconclusiva 4 - Não realizada 9 - Sem registro

5.5 Data do início do tratamento para hanseníase: ____/____/____ **5.6 Quantidade de doses utilizadas: _____**

BLOCO VI - DADOS CLÍNICOS E DE CONDIÇÕES ASSOCIADAS**6.1 Utilizou medicamentos para hanseníase ou reação hansênica nos últimos 6 meses antes da internação? 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro****6.1.1 Se "Sim", indique abaixo os medicamentos para hanseníase ou reação hansênica em uso nos últimos 6 meses antes da internação**

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rifampicina | <input type="checkbox"/> Pentoxifilina | <input type="checkbox"/> Minociclina | <input type="checkbox"/> Prednisona |
| <input type="checkbox"/> Dapsona | <input type="checkbox"/> Ofloxacino | <input type="checkbox"/> Claritromicina | <input type="checkbox"/> Talidomida |
| <input type="checkbox"/> Clofazimina | <input type="checkbox"/> Antiinflamatório não-hormonal | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

6.2 Apresentou alguma reação adversa aos medicamentos utilizados? 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**6.2.1 Se "Sim", indique abaixo as reações adversas aos medicamentos:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Síndrome sulfônica | <input type="checkbox"/> Hepatite medicamentosa |
| <input type="checkbox"/> Anemia Hemolítica | <input type="checkbox"/> Síndrome pseudogripal | <input type="checkbox"/> Icterícia |
| <input type="checkbox"/> Dermatite esfoliativa | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia | <input type="checkbox"/> Síndrome nefrótica |
| <input type="checkbox"/> Metahemoglobinemia | <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Psicose |
| <input type="checkbox"/> Agranulocitose | <input type="checkbox"/> Náuseas e/ou vômitos | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

BLOCO VI - DADOS CLÍNICOS E DE CONDIÇÕES ASSOCIADAS (continuação)**6.3 Apresentou sinais e sintomas sugestivos de reação hansênica durante a internação?** [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**6.3.1 Se "Sim", indique abaixo os sinais e sintomas sugestivos de reação hansênica durante a internação:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abscessos em nervos periféricos | <input type="checkbox"/> Orquite |
| <input type="checkbox"/> Ulceração das lesões cutâneas | <input type="checkbox"/> Irite / Episclerite |
| <input type="checkbox"/> Nódulos que evoluíram para bolhas ou pústulas | <input type="checkbox"/> Infecção secundárias em lesões reacionais |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Lesões ulceradas e necróticas circunscritas e profundas |
| <input type="checkbox"/> Fenômeno de Lúcio | <input type="checkbox"/> Glomerulonefrite |
| <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda | <input type="checkbox"/> Linfadenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Neurite | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

6.3.2 Indique o(s) tipo(s) de reação hansênica ocorridos durante a internação:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reação Tipo 1 (Reação Reversa) | <input type="checkbox"/> Reação Tipo 2 + Neurite | <input type="checkbox"/> Reação Tipo 2 (ENH) |
| <input type="checkbox"/> Reação Tipo 1 + Neurite | <input type="checkbox"/> Neurite isolada | <input type="checkbox"/> Reação Tipo 1 + Tipo 2 |

BLOCO VII – ASSISTÊNCIA E EVOLUÇÃO**7.1 Indique o(s) tipo(s) de atendimento(s) recebido(s) nas primeiras 24h:**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Permaneceu na sala de observação | <input type="checkbox"/> Internação em enfermaria | <input type="checkbox"/> Internação em CTI/UTI |
|---|---|--|

7.2 Indique a(s) medida(s) de suporte utilizada(s) durante a internação:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CTI/UTI | <input type="checkbox"/> Diálise/hemodiálise | <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue/derivados |
| <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica | <input type="checkbox"/> Outra: _____ | |

7.3 Recebeu anticoagulação profilática durante a internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**7.4 Indique os medicamentos utilizados durante o atendimento na internação:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> Hormônios | <input type="checkbox"/> Diuréticos |
| <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos | <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia | <input type="checkbox"/> Vasodilatadores |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Poliquimioterapia Única (PQT-U) | <input type="checkbox"/> Prednisona (dosagem: _____) |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes | <input type="checkbox"/> Pentoxifilina | <input type="checkbox"/> Talidomida (dosagem: _____) |
| <input type="checkbox"/> Esquema de segunda linha para hanseníase | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

BLOCO VIII – COMPLICAÇÕES**8.1 Apresentou grau de incapacidade física?** [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**8.1.1 Se "Sim", houve complicações relacionadas ao GIF durante a internação?** [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**8.1.1.1 Informe quais complicações físicas em decorrência da hanseníase:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal perforante plantar | <input type="checkbox"/> Gangrena |
| <input type="checkbox"/> Úlcera profunda em outra localização | <input type="checkbox"/> Septicemia |
| <input type="checkbox"/> Osteomielite | <input type="checkbox"/> Amputação cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Artrite séptica | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

8.2 Apresentou outras complicações durante a internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**8.2.1 Se "Sim", informe a(s) outra(s) complicação(ões) que ocorreram durante a internação:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Trombose mesentérica | <input type="checkbox"/> Infecção das vias aéreas superiores |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica | <input type="checkbox"/> Nefrite intersticial | <input type="checkbox"/> Infecção de pele |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário |
| <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda | <input type="checkbox"/> Pancreatite | <input type="checkbox"/> Infecção sem foco definido |
| <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Septicemia |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |

8.3 Necessitou de algum procedimento cirúrgico durante a internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**8.3.1 No caso de intervenções cirúrgicas, especifique:** _____

BLOCO IX - EXAMES LABORATORIAIS

9.1 Realizou exames de sangue durante a internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

9.1.2 Se "Sim", informe o(s) resultado(s) a seguir:

Hematológicos		Resultados		
Exame	Valor de referência	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Hemácias	Homens: 4.2 a 5.9 milhões/ µL Mulheres: 3.9 a 5.4 milhões/ µL			
Hemoglobina	Homens: 13.0 a 18.0 g/dL Mulheres: 12.0 a 16.0 g/dL			
Hematócrito	Homens: 38 a 52% Mulheres: 35 a 47%			
Leucócitos totais	4000 a 11000/ µL			
Bastonetes	0 a 800/ µL			
Neutrófilos	1600 a 8000/ µL			
Eosinófilos	0 a 500/ µL			
Basófilos	0 a 200/ µL			
Linfócitos	900 a 4000/ µL			
Monócitos	100 a 1000/ µL			
Plaquetas	140 000 a 450 000 µL			

Bioquímicos		Resultados		
Exame	Valor de referência	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__
Glicose	70 a 99 mg/dL			
Ureia	8 a 20 mg/dL			
Creatinina	0,7 a 1,3 mg/dL			
Proteína C Reativa	< 0,9 mg/dL ou 9,0 mg/L			
VSH	Mulheres: 0 a 20 mm/hora Homens: 0 a 15 mm/hora			
AST/TGO	5 a 40 U/L			
ALT/TGP	7 a 56 U/L			
Bilirrubina direta	até 0,3 mg/dL			
Bilirrubina indireta	até 0,8 mg/dL			
Bilirrubina total	até 1,2 mg/dL			
Fosfatase alcalina	30 a 120 U/L			
Gama GT	Homens adultos: 8–61 U/L Mulheres adultas: 5–36 U/L			
Colesterol total	Desejável: < 200 mg/dL Moderado alto: 200 a 239 mg/dL Alto: > 239 mg/dL			
Triglicerídeos	Normal: <150 mg/dL Limite: 150 e 199 mg/dL Alto: 200 e 499 mg/dL Muito alto: ≥ 500 mg/dL			
Proteínas totais	6,0 e 7,8 g/dL			
Albumina	3,5 a 5,5 g/dL			
Globulina	2,5 a 3,5 g/dL			

BLOCO IX - EXAMES LABORATORIAIS (continuação)				
Bioquímicos		Resultados		
Exame	Valor de referência	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Amilase	Até 60 anos: 30 a 118 U/L Acima de 60 anos: até 151 U/L			
Lipase	Até 60 U/L			
Sódio	135 a 145 mEq/L			
Potássio	3,5 e 5,0 mEq/L			
Magnésio	1,6 e 2,6 mg/dL			
Outro: _____				
Outro: _____				
9.2 Realizou sumário de urina (EAS) durante a internação? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro				
9.2.1 Se "Sim", relacione os principais achados de EAS durante a internação:				
Sumário de Urina	Resultados			
	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	
Proteínas	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Hemácias	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Leucócitos	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Cilindros	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Bilirrubina	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Urobilinogênio	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Outro: _____	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
Outro: _____	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	[] 1- Sim 2- Não	
9.3 Relacione outras alterações laboratoriais importantes encontradas durante a internação ou [] 99-não se aplica				
9.4 Descreva os resultados dos exames de imagem realizados durante a internação ou [] 99-não se aplica				
9.5 Descreva os resultados dos exames cardiológicos realizados durante a internação ou [] 99-não se aplica				
BLOCO X – SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO				
10.1 Realizou necropsia? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro		10.2 SVO emissor do laudo: _____		
10.3 Nº do laudo: _____		10.4 Data da emissão do laudo: ___/___/___		
10.5 UF sede do SVO: _____		10.6 Município: _____		
10.7 Transcrição resumida do laudo de necropsia em relação aos achados de complicações a hanseníase (verificar os achados esperados, macroscópicos e histopatológicos, em caso de necropsia de pessoa acometida por complicações da hanseníase				

