



ID REDCap:

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE E AMBIENTE

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO  
GT-VO/CGZV/CGHDE/DEDT/SVSA/MS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR HANSENÍASE  
INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE TRATAMENTO

**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:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BLOCO II – IDENTIFICAÇÃO E DE RESIDÊNCIA**

**2.1 Nome do falecido(a):** \_\_\_\_\_

**2.2 Data nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **2.3 Idade em anos:** | \_\_\_\_ |

**2.4 CPF:** | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

**2.5 Sexo:** | \_\_\_\_ | 1. Masculino 2. Feminino 3. Intersexo      **2.6 Cartão SUS:** \_\_\_\_\_

**2.7 Nome da mãe:** \_\_\_\_\_

**2.8 UF de residência:** \_\_\_\_ |      **2.9 Município de residência:** \_\_\_\_\_

**BLOCO III – LOCAL DE TRATAMENTO**

**3.1 Local de atendimento:** [ ] 1- Unidade de Atenção Primária 2 - Unidade de Atenção Especializada Secundária 3 - Unidade de Atenção Especializada Terciária 4 - Serviço privado

**3.2 Nome do estabelecimento:** \_\_\_\_\_

**3.3 CNES:** | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |      **3.4 UF de atendimento:** \_\_\_\_ |

**3.5 Município de atendimento:** \_\_\_\_\_

**BLOCO IV – NOTIFICAÇÃO**

**4.1 Houve notificação para hanseníase no Sinan, antes do óbito?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**4.1.2 Se "Sim", qual(is) o(s) número(s)?** \_\_\_\_\_

**4.2 Iniciou tratamento para hanseníase?** [ ] 1 - Sim 2 - Não      **4.2.1 Data do início do tratamento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4.2.2 Esquema Terapêutico Inicial:** [ ] 1 - PQT-U 6 doses 2 - PQT-U 12 doses 3 - Outros esquemas

**4.2.3 Situação do tipo de saída:** [ ] 1 - Cura 2 - Transferência para mesmo município 3 - Transferência para outro município 4 - Transferência para outro estado 5 - Transferência para outro país 6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico 10 - Em tratamento

**4.2.3.1 Data da saída:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **4.3 Quantas doses recebeu?** \_\_\_\_\_

**4.4 Diferença de tempo entre a data do óbito e o início do tratamento:** | \_\_\_\_ | [ ] D - dias

**BLOCO V – DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL**

**5.1 Houve descrição de sinais e sintomas que confirmam diagnóstico clínico de caso de hanseníase?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

**5.1.2 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

**BLOCO V – DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL (continuação)**

**5.2 Baciloscopy de esfregaço intradérmico?** I I 1 - Positiva (IB: \_\_\_\_\_) 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Sem registro

**5.3 Biópsia de pele e histopatologia?** I I 1 - Compatível ou conclusiva de hanseníase 2 - Compatível ou conclusiva de outra patologia 3 - Não realizada 4 - Inconclusiva 9 - Sem registro

**5.4 Eletroneuromiografia?** I I 1 - Sugestiva de hanseníase 2 - Sugestiva de outra patologia 3 - Não realizada 9 - Sem registro

**5.5 Ultrassonografia de nervos periféricos?** I I 1 - Sugestiva de hanseníase 2 - Sugestiva de outra patologia 3 - Não realizada 9 - Sem registro

**BLOCO VI – POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA (PQT-U)**

**6.1 Informe os antibióticos que foram utilizados para o tratamento da hanseníase:**

[ ] Rifampicina [ ] Clofazimina [ ] Minociclina [ ] Outro: \_\_\_\_\_  
[ ] Dapsona [ ] Ofloxacino [ ] Claritromicina

**6.2 Houve troca do esquema terapêutico durante o tratamento?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

**6.2.1 Qual o motivo da troca do esquema terapêutico?** [ ] 1 - Reação Adversa Medicamentosa 2 - Resistência Antimicrobiana 3 - Não se aplica 4 - Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**6.3 Houve registro de reação adversa aos medicamentos?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 3 - Sem registro

**6.3.1 Se "Sim", informe a(s) reações adversas aos medicamentos:**

[ ] Anemia	[ ] Metahemoglobinemia	[ ] Trombocitopenia	[ ] Icterícia
[ ] Anemia Hemolítica	[ ] Dor abdominal	[ ] Hepatite medicamentosa	[ ] Síndrome nefrótica
[ ] Cefaleia	[ ] Náuseas e/ou vômitos	[ ] Agranulocitose	[ ] Outra: _____
[ ] Insônia	[ ] Gastrite	[ ] Síndrome sulfônica	
[ ] Dermatite esfoliativa	[ ] Síndrome pseudogripal	[ ] Psicose	

**6.4 O paciente precisou de internação hospitalar em decorrência das reações adversas aos medicamentos?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

**6.4.1 Se "Sim", no caso de internação hospitalar por reações adversas aos medicamentos, quantos dias no total, ao longo do acompanhamento nesta unidade de saúde, permaneceu internado por esse motivo?** I I I

**6.5 Durante quantos meses foi tratado com a PQT-U independente dos antibióticos utilizados?** (não considerar os meses de falta) [ ] 1 - Até 6 meses 2 - Até 12 meses 3 - De 12 a 26 meses 6 - De 26 a 36 meses 5 - Mais de 36 meses

**6.6 O paciente continuou sendo acompanhado na unidade de saúde após o final da PQT-U?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Sem registro

**6.7 O paciente foi atendido na unidade de saúde entre a data do encerramento da PQT-U e a data do óbito?**

[ ] 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Sem registro

**6.7.1 Se "Sim", quantas vezes o paciente foi atendido na unidade de saúde entre a data do encerramento da PQT-U e a data do óbito?** I I I Informe o número de consultas ou use "0" (zero) para os casos sem acompanhamento pós-alta

**6.8 Qual a data do último atendimento no estabelecimento de saúde: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**BLOCO VII – REAÇÕES HANSÊNICAS E IMUNOSSUPRESSÃO**

**7.1 Apresentou reação hansônica?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

**7.1.1 Se "Sim", qual(is) tipo(s) de reação hansônica?**

[ ] Reação Tipo 1 (Reação Reversa) [ ] Reação Tipo 2 + Neurite [ ] Reação Tipo 1 + Tipo 2  
[ ] Reação Tipo 1 + Neurite [ ] Neurite isolada [ ] Reação Tipo 2 (ENH)

**7.1.2 Apresentou alguma complicação relacionada às reações hansênicas?** [ ] 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Sem registro

## BLOCO VII – REAÇÕES HANSÊNICAS E IMUNOSSUPRESSÃO (continuação)

### 7.1.2.1 Se "Sim", indique as complicações relacionadas às reações hansênicas:

- |  |  |
|--|--|
| <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"/> Lesões ulceradas e necróticas circunscritas e profundas | <input type="checkbox"/> Hepatite                                  |
| <input type="checkbox"/> Fenômeno de Lúcio                                       | <input type="checkbox"/> Glomerulonefrite                          |
| <input type="checkbox"/> Abscessos em nervos periféricos                         | <input type="checkbox"/> Orquite                                   |
| <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda                                | <input type="checkbox"/> Outra: _____                              |

### 7.1.3 Informe os medicamentos prescritos para o tratamento das reações hansênicas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Prednisona (dosagem: _____) | <input type="checkbox"/> 5-Pentoxifilina + prednisona   |
| <input type="checkbox"/> 2-Talidomida (dosagem: _____) | <input type="checkbox"/> 6-Antinflamatório não-hormonal |
| <input type="checkbox"/> 4-Pentoxifilina               |   |

7.1.4 Se recebeu prednisona, por quantos meses?  Especifique o número de meses ou utilize: 8-Não recebeu prednisona 99-Sem registro

7.1.5 Por quantos meses consecutivos recebeu prednisona em doses iguais ou maiores que 20 mg?  Especifique o número de meses ou utilize: 8 - Não recebeu prednisona 99 - Sem registro

7.1.6 O paciente precisou de internação hospitalar em decorrência das reações hansênicas?  1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro 3 - Não se aplica

7.1.6.1 Caso tenha necessitado, quantos dias no total, ao longo do acompanhamento nesta unidade de saúde, permaneceu em internação hospitalar em decorrência das reações hansênicas?  Especifique o número de dias ou utilize: 8 - Não necessitou internação 99 - Sem registro

7.2 Referiu comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s)?  1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

### 7.2.1 Se "Sim", informe qual(is) comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s):

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

7.2.2 No caso de neoplasias, transplante de órgãos, ou de outra comorbidade ou condição imunossupressora, especifique:

## BLOCO VIII – OUTRAS COMPLICAÇÕES

8.1 Apresentou grau de incapacidade física (GIF)?  1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

8.1.1 Se "Sim, houve complicações relacionadas ao GIF?  1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

### 8.2 Informe quais complicações relacionadas ao GIF:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal perfurante 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: _____        |

8.3 O paciente precisou de internação hospitalar em decorrência dessas complicações relacionadas ao GIF?  1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

8.3.1 Caso tenha necessitado de internação, quantos dias no total, ao longo do acompanhamento nesta unidade de saúde, permaneceu em internação hospitalar em decorrência dessas alterações físicas?  Especifique o número de dias ou utilize: 8 - Não necessitou internação 99 - Sem registro

### BLOCO VIII – OUTRAS COMPLICAÇÕES (continuação)

**8.4 Desenvolveu alguma complicaçāo apōs o inicio do tratamento para hanseníase? [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**

**8.4.1 Se "Sim", informe qual(is) outra(s) complicaçāo(ões) desenvolveu apōs o inicio do tratamento para hanseníase:**

- |                                 |                                   |   |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| [ ] Insuficiēncia cardíaca      | [ ] Lesões oculares               | [ ] Infecção de pele                    |
| [ ] Insuficiēncia renal crônica | [ ] Nefrite intersticial          | [ ] Infecção do trato urinário          |
| [ ] Insuficiēncia hepática      | [ ] Amiloidose secundária         | [ ] Infecção sem foco definido          |
| [ ] Trombose venosa             | [ ] Pneumonia                     | [ ] Infecção das vias aéreas superiores |
| [ ] Pancreatite                 | [ ] Ulceração oral, genital, anal | [ ] Septicemia                          |
| [ ] Outra: _____                |                                   |   |

**8.5 O paciente precisou de internação hospitalar em decorrēncia dessas complicações? [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**

**8.6 Caso tenha necessitado, informe quantos dias, no total, ao longo do acompanhamento nesta unidade de saúde,**

**permaneceu em internação hospitalar em decorrēncia dessas complicações: [ ] 1 dia [ ] 2 a 7 dias [ ] Mais de 7 dias [ ]**

Não se aplica

### BLOCO IX – EXAMES LABORATORIAIS

**9.1 Realizou algum tipo de exame de sangue: [ ] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**

**9.1.2 Se realizou algum tipo de exame de sangue, informe os últimos resultados:**

Exame	Valor de referência	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
<b>Hematológicos</b>				
Hemárias	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			
Hematórito	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			
<b>Bioquímicos</b>				
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			

<b>BLOCO IX – EXAMES LABORATORIAIS (continuação)</b>				
<b>Exame</b>	<b>Valor de referência</b>	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
<b>Bioquímicos</b>		<b>Resultados</b>		
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 Limítrofe: 150–199 mg/dL Alto: 200–499 mg/dL Muito alto: ≥ 500 mg/dL			
Proteínas totais	6–7,8 g/dL			
Albumina	3,5 a 5,5 g/dL			
Globulinas	2,5–3,5 g/dL			
Amilase	Até 60 anos: 30 a 118 U/L Acima de 60 anos: até 151 U/L			
Lipase	Até 60 U/L			
Sódio	136 a 145 mEq/L			
Potássio	3,5 a 5,0 mEq/L			
Magnésio	1,6 a 2,6 mEq/L			
Outro:				
Outro:				
Outro:				

**9.2 Realizou Exame Sumário de Urina (EAS)? [ ] 1- Sim 2- Não 9- Sem registro**

**9.2.1 Se realizou EAS, informe os últimos resultados:**

Sumário de Urina	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
	Resultado	Resultado	Resultado
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: _____			
Outro: _____			

**BLOCO X – RESUMO DA INVESTIGAÇÃO**

(Obs. O resumo é importante para a conclusão do caso.)

**BLOCO XI – IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO**

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

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

11.3 Cargo/Função: \_\_\_\_\_

11.4 E-mail: \_\_\_\_\_

11.5 Telefone: \_\_\_\_\_

VO/HANSEN – Estabelecimento da Tratamento – Evento \_\_\_\_\_

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