



**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

5.2 Baciloscopia de esfregaço intradérmico? |__| 1 - Positiva (IB: _____) 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Sem registro

BLOCO V – DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL (continuação)

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

5.4 Eletro-neuromiografia? |__| 1 - Sugestiva de hanseníase 2 - Sugestiva de outra patologia 3 - Não realizada 9 - Sem registro

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

BLOCO VI – TRATAMENTO

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? |__|__|

6.4.2 Se “Sim”, no caso de internação hospitalar por reações adversas aos medicamentos, quantas vezes no total, ao longo do acompanhamento nesta unidade de saúde, foi internado por esse motivo? |__|__|

6.5 Durante quantos meses foi tratado para hanseníase 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? |__|__| 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 hansênica? [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro

7.1.1 Se “Sim”, qual(is) tipo(s) de reação hansênica?

[] 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: _____ |
| <input type="checkbox"/> Septicemia | <input type="checkbox"/> Catarata |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Síndrome de Cushing |

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 | <input type="checkbox"/> 7-Outros |

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 |
| <input type="checkbox"/> Septicemia | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

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: _____ |

BLOCO VIII – OUTRAS COMPLICAÇÕES (continuação)**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**8.4 Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento para hanseníase?** [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Sem registro**8.4.1 Se “Sim”, informe qual(is) outra(s) complicação(ões) desenvolveu após o início do tratamento para hanseníase:**

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| [] Insuficiência cardíaca | [] Lesões oculares | [] Infecção de pele |
| [] Insuficiência renal crônica | [] Nefrite intersticial | [] Infecção do trato urinário |
| [] Insuficiência 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 decorrência 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 decorrência 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:**

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			

BLOCO IX – EXAMES LABORATORIAIS (continuação)

Bioquímicos		Resultados		
Exame	Valor de referência	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
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			
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	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: _____			
Outro: _____			

