

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO

TELEFONE: (____) _____ DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ RAÇA/COR: _____

CPF: _____ CARTÃO SUS: _____

LOCAL DE ATENDIMENTO: () UNIDADE DE SAÚDE () UNIDADE PRISIONAL () CAMPANHA/MUTIRÃO

() OUTRO _____

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

➤ **MARQUE COM X SE PRESENÇA DE ALTERAÇÃO ABAIXO.**

1	SENTE DORMÊNCIA NAS MÃOS OU NOS PÉS?	<input type="radio"/>
2	FORMIGAMENTOS?	<input type="radio"/>
3	ÁREAS ADORMECIDAS NA PELE?	<input type="radio"/>
4	CÂIMBRAS?	<input type="radio"/>
5	SENSAÇÃO DE PICADAS, AGULHADAS?	<input type="radio"/>
6	MANCHAS NA PELE?(Não considerar as de nascença)	<input type="radio"/>
7	DOR NOS NERVOS?	<input type="radio"/>
8	CAROÇOS NO CORPO?	<input type="radio"/>
9	INCHAÇO NAS MÃOS E NOS PÉS?	<input type="radio"/>
10	INCHAÇO NO ROSTO?	<input type="radio"/>
11	FRAQUEZA NAS MÃOS? (Dificuldade de abotoar camisa? Por óculos? De escrever? Segurar painéis?)	<input type="radio"/>
12	FRAQUEZA NOS PÉS?(Dificuldade de calçar e/ou manter chinelos?)	<input type="radio"/>
13	PERDA DE CÍLIOS E/OU DAS SOBRANCELHAS?	<input type="radio"/>
14	HÁ HISTÓRIA DE HANSENÍASE NA FAMÍLIA?	<input type="radio"/>

➤ **MARQUE COM X O STATUS DO CASO:**

CASO NÃO EXAMINADO CASO EXAMINADO CASO DESCARTADO CASO DIAGNOSTICADO