FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NEURODERMATOLÓGICA PARA HANSENÍASE (ADAPTADO)

1 Identificação

Nome: _____

Sexo: ( ) M ( ) F Data da Avaliação: _____ Vínculo com o caso: _____

Município: _____ Data de nascimento: _____

2 Queixas

3 Avaliação da Face

OLHOS		D	E
Triquíase	(S/N)		
Ectrópio	(S/N)		
Opacidade corneana	(S/N)		
Fecha os olhos sem força (caso não feche, medir fenda)	(S/mm)		
Fecha os olhos com força (caso não feche, medir fenda)	(S/mm)		
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)		
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	(S/N)		

Legenda: SIM = **S;** NÃO = **N.**

NARIZ		D	E
Ressecamento	(S/N)		
Ferida	(S/N)		
Perfuração de septo	(S/N)		

ACUIDADE VISUAL	D	E
Distância: ( ) 3 m ou ( ) 6 m		

Registrar o valor decimal correspondente à menor linha em que o paciente acerta ≥50% dos optótipos (ex.: ≥3 de 5) (1,0; 0,9; 0,8; ... 0,1)

4 Avaliação do pescoço e dos Membros Superiores

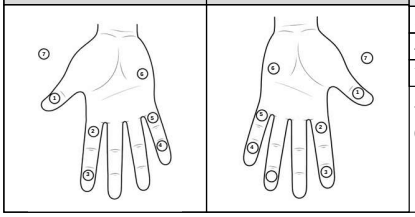
PALPAÇÃO DE NERVOS	D	E
Auricular (somente inspeção)		
Radial		
Ulnar		
Mediano		

Legenda: Normal = **N;** Espessado = **E;** Dor = **D;** Choque = **C.**

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E
Elevar o punho / Extensão do punho **(nervo radial)**			
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo **(nervo ulnar)**			
Elevar o polegar / Abdução do polegar **(nervo mediano)**			

Legenda: Forte = **5;** Resistência parcial = **4;** Movimento completo = **3;** Movimento parcial = **2;** Contração = **1;** Paralisado = **0.**

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA



Pontos	Nervo / ramo
1, 2, 3	Mediano
4, 5, 6	Ulnar
7	Radial

7: dorso da mão (círculo externo).

Legenda 1: Pintar cada círculo com a cor do monofilamento que o paciente sentiu, seguindo o formato abaixo, de acordo com as orientações do fabricante.

Monofilamento verde (0,07 g): preencher círculo na cor verde; azul (0,2 g): preencher azul; Roxo (2,0 g): preencher roxo; Vermelho (4,0 g): preencher vermelho; Laranja (10,0 g): X vermelho sobre o círculo; Rosa (300 g): círculo vermelho sem preencher; Não sentiu Rosa (300 g): preencher círculo na cor preta.

Legenda 2: Garra móvel = **M**; Garra rígida = **R**; Reabsorção = ▨; Lesões tróficas = □; Lesões traumáticas = △; Outras lesões = ■.

5 Avaliação dos Membros Inferiores

PALPAÇÃO DE NERVOS	D	E
Fibular comum		
Tibial		
Fibular superficial		

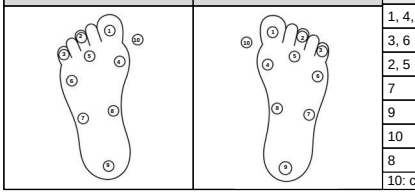
Legenda: Normal = **N;** Espessado = **E;** Dor = **D;** Choque = **C.**

Caso o fibular superficial esteja visível, anotar a espessura em milímetros (mm), e testar a sensibilidade no trajeto.

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E
Elevar o pé / Dorsiflexão do pé **(nervo fibular)**			
Elevar o hálux / Extensão do hálux **(nervo fibular)**			

Legenda: Forte = **5;** Resistência parcial = **4;** Movimento completo = **3;** Movimento parcial = **2;** Contração = **1;** Paralisado = **0.**

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA



Pontos	Nervo / ramo
1, 4, 8	R. plantar medial
3, 6	R. plantar lateral
2, 5	R. medial / lateral
7	N. sural
9	R. calcâneo
10	N. fibular profundo
8	N. safeno

10: círculo externo.

Legenda 1: Pintar cada círculo com a cor do monofilamento que o paciente sentiu, seguindo o formato abaixo, de acordo com as orientações do fabricante.

Monofilamento verde (0,07 g): preencher círculo na cor verde; azul (0,2 g): preencher azul; Roxo (2,0 g): preencher roxo; Vermelho (4,0 g): preencher vermelho; Laranja (10,0 g): X vermelho sobre o círculo; Rosa (300 g): círculo vermelho sem preencher; Não sentiu Rosa (300 g): preencher círculo na cor preta.

Legenda 2: Garra móvel = **M**; Garra rígida = **R**; Reabsorção = ▨; Lesões tróficas = □; Lesões traumáticas = △; Outras lesões = ■.

6 Grau de Incapacidade

Grau	Olhos	Mãos	Pés
0	Força muscular das pálpebras preservadas; e sensibilidade da córnea preservada; e acuidade visual ≥ 0,1 (Tabela logarítmica) de 3 metros ou conta dedos a 6 metros.	Força muscular das mãos preservada; e sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2 g (roxo).	Força muscular dos pés preservada; e sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2 g (roxo).
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.	Diminuição da força muscular da(s) mão(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g (roxo).	Diminuição da força muscular da(s) mão(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g (roxo).
2	Deficiência visível causada pela hanseníase, como lagoftalmo, ectrópio, triquíase, opacidade corneana; E/OU Acuidade visual < 0,1 (Tabela logarítmica) de 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.	Deficiência visível causada pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, lesões tróficas, lesões traumáticas.	Deficiência visível causada pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, lesões tróficas, lesões traumáticas.

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	SOMA OMP (a+b+c+d+e+f)	Profissional Responsável Assinatura e Carimbo
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)			
D	E	D	E	D	E			

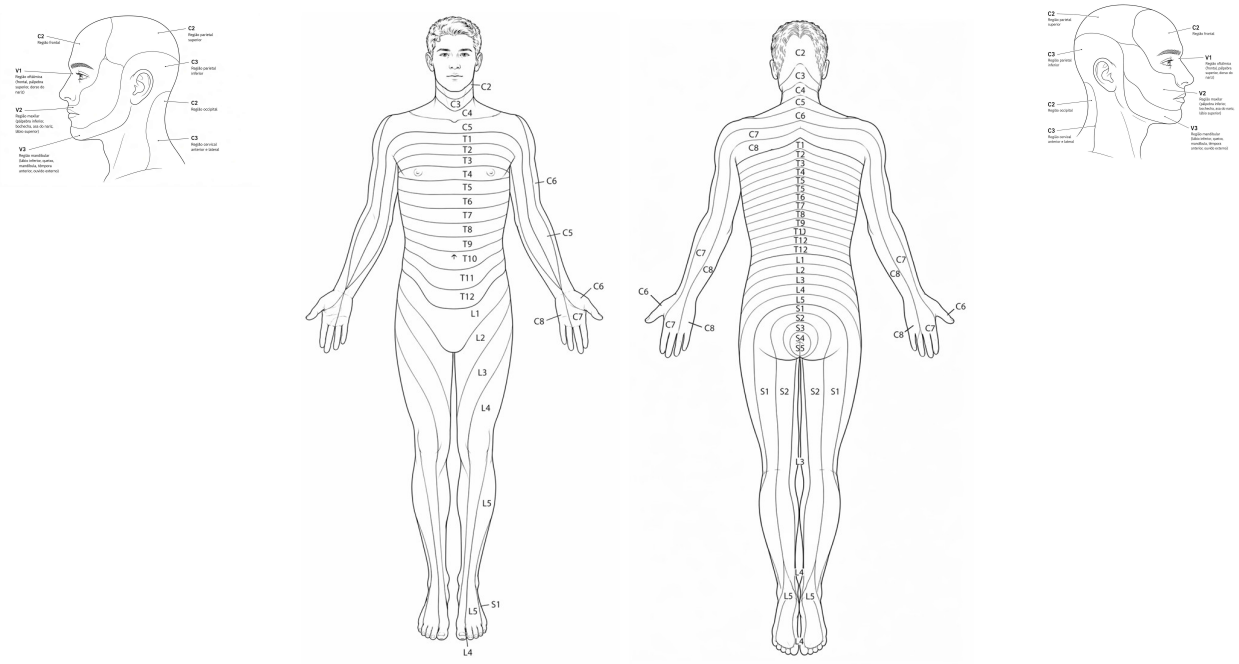
Segue para o exame da pele na página seguinte ➔➔➔➔➔➔➔

EXAME DA PELE

1. Número de lesões: ( ) 0 - Zero; ( ) Somente 1 lesão; ( ) 2 a 5 lesões; ( ) 6 a 10 lesões; ( ) mais de 10 lesões.

2. Marcar o local da lesão (das lesões) no diagrama abaixo e identificar de acordo com as legendas a seguir:

A. Mácula hipocrômica; **B**. Mácula hipercrômica; **C**. Infiltração; **D**. Fóvea; **E**. Tubérculo;
H. Nódulo até 1 cm; **J**. Nódulo maior que 1 cm; **K**. Úlcera até 1cm; **M**. Úlcera maior que 1 cm;
O. Hipoestesia; **P**. Hiperestesia; **R**. Anestesia; **S**. Alopécia; **T**. Hipoidrose.
Z. Outra lesão não descrita aqui: _____



CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO DA PESSOA EXAMINADA

1. ( ) NÃO APRESENTA CLÍNICA de hanseníase neste momento.
2. ( ) A clínica apresentada NÃO FOI SUFICIENTE para definir se é caso ou não de hanseníase. Solicito:
   a. ( ) Reavaliar em _____ meses.
   b. ( ) Teste rápido anti-PGL-I IgM.
   c. ( ) Sorologia anti-PGL-I IgM.
   d. ( ) qPCR RLEP.
   e. ( ) Ultrassonografia dos nervos periféricos.
   f. ( ) Eletroneuromiografia de membros superiores e membros inferiores.
   g. ( ) Outro exame: _____.
3. ( ) APRESENTA CLÍNICA compatível com hanseníase.
   a. ( ) Paucibacilar; ( ) Multibacilar.
   b. Forma clínica:
      ( ) **Indeterminada** [uma ou pouquíssimas lesões em uma mesma região, sem detecção de alteração nos troncos nervosos periféricos]; ( ) **Primariamente neural**; ( ) **Dimorfa oligossintomática** [manchas discretas e/ou perda de pelos e/ou hipoidrose]; ( ) **Tuberculoide**; ( ) **Dimorfa-Tuberculoide**; ( ) **Dimorfa-Dimorfa** [lesão ou lesões foveolares]; ( ) **Dimorfa-Virchowiana**; ( ) **Virchowiana**.
   c. Grau de deficiência: ( ) 0; ( ) 1; ( ) 2.
   d. Número de nervos afetados: ( ) 1; ( ) 2; ( ) 3; ( ) 4; ( ) 5; ( ) 6; ( ) 7; ( ) 8; ( ) 9; ( ) 10; ( ) 11; ( ) 12; ( ) 13; ( ) 14; ( ) 15; ( ) 16; ( ) 17; ( ) 18; (Cada tronco nervoso pode contar 2x (D e E): facial; oftálmico (ramo do trigêmeo); auricular, radial, ulnar, mediano, fibular comum, tibial e fibular superficial).

Responsável pela avaliação
Assinatura e carimbo