

Questionário de Suspeição de Hanseníase

CRNDSHansen
HCFMRP-USP

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Marque com um **X** se presença de alteração abaixo.

1	Sente dormência nas mãos ou nos pés?	◯
2	Formigamentos?	◯
3	Áreas adormecidas na pele?	◯
4	Câimbras?	◯
5	Sensação de picadas, agulhadas?	◯
6	Manchas na pele? (Não considerar as de nascença)	◯
7	Dor nos Nervos?	◯
8	Caroços no corpo?	◯
9	Inchaço nas mãos e nos pés?	◯
10	Inchaço no rosto?	◯
11	Fraqueza nas mãos? (Dificuldade de abotoar camisa? Por óculos? De escrever? Segurar panelas?)	◯
12	Fraqueza nos pés? (Dificuldade de calçar e/ou manter chinelos?)	◯
13	Perda dos cílios e/ou das sobrancelhas?	◯
14	Há história de hanseníase na família?	◯