

NOME : _____
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ RAÇA/COR: _____ CPF: _____
TELEFONE: (____) _____
LOCAL DE ATENDIMENTO:
() UNIDADE DE SAÚDE () UNIDADE PRISIONAL () CAMPANHA/MUTIRÃO
() OUTROS _____
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 panelas?)	<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 CONFIRMADO

CASO DESCARTADO