



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



FORMULÁRIO DE CONTOLE DE QUALIDADE DA HANSENÍASE

I - Dados do Paciente

1-UNIDADE REQUISITANTE										2-MUNICÍPIO														
3- NOME COMPLETO DO PACIENTE																								
4-DATA DE NASCIMENTO																								
5- SEXO					6- RAÇA					7. ESTADO CIVIL					8. ESCOLARIDADE (em anos de estudos concluídos)									
<input type="checkbox"/> Masc.					<input type="checkbox"/> Branco					<input type="checkbox"/> Solteiro					<input type="checkbox"/> De 1 a 3					<input type="checkbox"/> Não se aplica				
<input type="checkbox"/> Fem.					<input type="checkbox"/> Negro					<input type="checkbox"/> Casado					<input type="checkbox"/> de 4 a 7					<input type="checkbox"/> Nenhuma				
					<input type="checkbox"/> Pardo					<input type="checkbox"/> Viúvo					<input type="checkbox"/> De 8 a 11					<input type="checkbox"/> Ignorado				
					<input type="checkbox"/> Amarelo					<input type="checkbox"/> Outro					<input type="checkbox"/> De 12 e mais									
					<input type="checkbox"/> Indígena																			
9. NOME DA MAE																								
10. ENDEREÇO: RUA OU AVENIDA																				11. Nº				
12. COMPLEMENTO					13. BAIRRO										13. MUNICÍPIO									
<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> CASA																								
14. PONTO DE REFERENCIA															15. FONE									
16. ZONA					17. CEP					18. UF					19. Pais (se residente fora do Brasil)									
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural																								
<input type="checkbox"/> Urbana Rural <input type="checkbox"/> Ignorada																								

II- Outros dados necessários

20- IDENTIFICAÇÃO DA LAMINA					21- DATA DA COLETA					22-EXAME SOLICITADO									
					____/____/____					<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Controle de tratamento									
23-IB:										24- IB DO PACIENTE:									
<input type="checkbox"/> LOD <input type="checkbox"/> LOE <input type="checkbox"/> CD																			
<input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LESÃO, Local?																			

25- PROFISSIONAL REQUISITANTE:																			