



SOLICITAÇÃO DE TESTE PARA DETECÇÃO
DE GENES DE RESISTÊNCIA DO DNA DO
MYCOBACTERIUM LEPRAE



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Estado	Município da Unidade Sentinela		Nome da Unidade Sentinela		Código CNES
Nome do responsável pela solicitação da amostra		E-mail do responsável pela solicitação da amostra		Nº de Notificação (SINANet)	
Nome do Paciente		CPF	Nº CNS	Data de Nascimento	Sexo
Nome da Mãe		Estado de Residência	Município de Residência	Telefone	
Endereço de Residência			CEP de Residência		
INFORMAÇÕES CLÍNICAS					
Motivo do Envio da Amostra					
☐ Caso Novo Multibacilar (IB >= 2.0)					
☐ Persistência de hansenomas e/ou lesões infiltradas após o término da PQT-U com aspecto clínico inalterado em relação ao momento do diagnóstico					
☐ Índice baciloscópico (IB) inalterado ou aumento do IB em relação ao exame anterior, respeitando-se os mesmos sítios de coleta e o intervalo mínimo de 1 ano entre os exames					
☐ Reações hansenicas reentrantes por mais de 3 anos após a alta por cura, não responsivas ao tratamento com corticosteroides sistêmicos ou talidomida					
☐ Abandono ao tratamento com PQT-U por mais de 6 meses para os casos MB					
☐ caso de recidiva					
Índice baciloscópico no final do tratamento					
Lóbulo Orelha Direita	Lóbulo Orelha Esquerda	Cotovelo Direito	Cotovelo Esquerdo	Lesão (Identificar o local da lesão)	IB
Esquema Terapêutico Atual					
☐ PQT-U					
☐ Outro Esquema		☐ Rifampicina ☐ Clofazimina ☐ Dapsona ☐ Minociclina ☐ Ofloxacino			
Forma Clínica		☐ Indeterminada ☐ Tuberculóide ☐ Dimorfa ☐ Virchowiana			
Nº de doses administradas no tratamento atual			Data da Realização da Biópsia		
Observações referente ao caso					

SOLICITAÇÃO DE TESTE PARA DETECÇÃO DE GENES DE RESISTÊNCIA NO DNA DO *Mycobacterium leprae*

Data da coleta	Material: ☐ biópsia de pele (punch: ____mm)	Meio de conservação: Álcool 70%
Área biopsiada (descrição da área):		
Responsável pela solicitação do teste (assinatura e carimbo)		