



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde

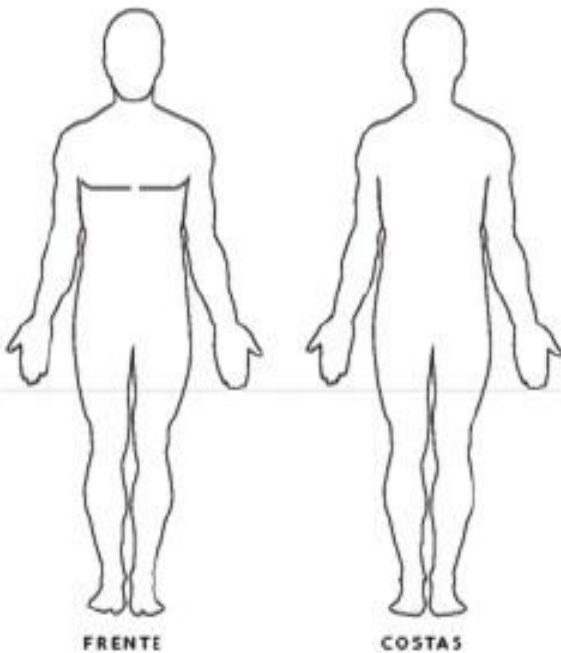
Gerência de Vigilância em Saúde
Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
Programa Estadual de Hanseníase

FICHA DE AUTOIMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	IDENTIDADE
NOME DA MÃE		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO:	TELEFONE:	
UNIDADE DE SAÚDE:		

MARQUE NO DESENHO O LOCAL DA SUA MANCHA



1 - TEM ALGUMA MANCHA NA PELE?

Sim Não

2 - A MANCHA É DE NASCENÇA?

Sim Não

3 - A MANCHA COÇA?

Sim Não

4 - A MANCHA DÓI?

Sim Não

5 - A MANCHA É DORMENTE?

Sim Não

6 - EXISTE OU EXISTIU ALGUÉM COM HANSENÍASE NA FAMÍLIA?

Sim Não

QUEM?

_____ (Grau de parentesco)

ACS:
USF:
ENCAMINHADO PARA US:

PROJETO RODA - HANS 2019