



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde

Setor de Hanseníase - Diretoria de Vigilância Epidemiológica -
DIVEP - SESAB/SUVISA/DIVEP/COAG/HANSEN

**NOTA
INFORMATIVA Nº
4/2023**

PROCESSO:	019.5234.2023.0092840-75
ORIGEM:	SUVISA/DIVEP/COAGRAVOS/GT HANSENÍASE
OBJETO:	NOTA INFORMATIVA Nº 4/2023 -Orientações para agendamento de biópsia de pele para investigação de hanseníase no Instituto Couto Maia

Interessado: Referências Técnicas do Programa de Controle da Hanseníase das Regionais de Saúde e Municípios, Profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Assunto: **Orientações para agendamento de biópsia de pele para investigação de hanseníase no ICOM**

O Instituto Couto Maia (ICOM) como referência Estadual para o atendimento de Hanseníase realiza biópsia de pele como exame complementar no diagnóstico da doença e é unidade sentinela para investigação de resistência medicamentosa antimicrobiana aos fármacos da Hanseníase.

Para tanto o agendamento deve ser realizado por meio do WhatsApp do ambulatório, através do número (71) 3103 7168, ou, presencialmente, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Comprovante de identidade, com foto
- Cartão do SUS
- Comprovante de residência
- Telefone de contato
- Guia de solicitação exames/procedimentos - **solicitando a biópsia de pele e indicando o local a ser biopsiado.**
- Guia de solicitação exame/procedimento - **solicitando exame anatomopatológico**
- Ficha de referência e contrarreferência - **contendo um resumo da história clínica e hipótese diagnóstica.**

Caso a solicitação da biópsia seja para Investigação de Resistência Medicamentosa, o **“Formulário para investigação de resistência medicamentosa em hanseníase”** (anexo), deve ser devidamente preenchido e encaminhado junto aos documentos anteriores, exceto a Guia de solicitação de exame anatomopatológico.

Ressalta-se que a solicitação de biópsia para investigação de resistência primária e secundária aos medicamentos, deve seguir os seguintes critérios de investigação:

I - 10% dos casos novos de hanseníase multibacilares (MB) que apresentarem resultado do

índice baciloscópio (IB) \geq 2;

II - Todos os casos de recidiva devidamente confirmados; e

III - casos em tratamento com suspeita de falência terapêutica



Documento assinado eletronicamente por **Eleuzina Falcão da Silva Santos, Coordenador II**, em 13/06/2023, às 14:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia São Pedro Leal Souza, Diretor(a) de Vigilância Epidemiológica**, em 14/06/2023, às 15:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **00068585210** e o código CRC **11227087**.



Formulário para investigação de resistência medicamentosa em hanseníase

**Atenção: selecionar para teste molecular apenas pacientes com IB>2 em
BAAR realizada nos 3 meses anteriores à coleta da biópsia de pele.**

*** Preenchimento Obrigatório**

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

As informações de Estado e Município são referentes aos de RESIDÊNCIA do paciente

-
- 1) Nº Cartão SUS: *
 - 2) Número da notificação no SINAN: *
 - 3) Nome do paciente: *
 - 4) Data de Nascimento: * / /
 - 5) Gênero: *
 Masculino
 Feminino
 - 6) Nome da mãe: *
 - 7) Estado: *
 - 9) Endereço residencial: *
 - 10) Bairro: *

BLOCO II - INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- 12) Motivo do envio da amostra: *
 Caso Novo multibacilar
 Recidiva
 Suspeita de falência
- 14) Data de início do tratamento atual:
- 15) Esquema terapêutico realizado: *
 PQT padrão
 Outros
- 16) Outros esquemas terapêuticos, especificar:
 Rifampicina
 Clofazimina
 Dapsona
 Minociclina
 Ofloxacina
 Outra medicação
- 17) Tempo do tratamento atual (em meses):



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

18) **Número de doses administradas no tratamento atual:**

19) **Se outra medicação, especificar:**

Se tiver realizado tratamento anterior:

20) **Data de início do tratamento anterior:**

21) **Tempo do tratamento (em meses):**

22) **Número de doses administradas:**

23) **Esquema terapêutico realizado: ***

PQT padrão

Outros

24) **Outros esquemas terapêuticos, especificar:**

Rifampicina

Clofazimina

Dapsona

Minociclina

Ofloxacina

Outra medicação

25) **Forma Clínica: ***

Indeterminada

Tuberculóide

Dimorfa

Virchowiana

26) **Está em reação hansênica?**

SIM

NÃO

27) **Índice Bacilar** (Informar o índice de baciloscopia realizada no máximo há três meses antes da coleta da biópsia):

28) **Índice Morfológico (se disponível):**

29) **Sinais e sintomas no diagnóstico de recidiva (Se for o caso):**

Lesões novas

Exacerbação das lesões existentes que não respondem ao tratamento com corticosteroides e/ou talidomida há pelo menos 90 dias

Exacerbações de lesões antigas sem tratamento com corticosteroide e/ou talidomida

Novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida nas doses e prazos recomendados

Novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com corticosteroide nas doses e prazos recomendados

Baciloscopia positiva igual ou maior a do momento da cura ou com bacilos íntegros bem definidos no raspado dérmico e/ou biópsia de pele

Manutenção de altos níveis de ELISA anti-PGL1

Outras



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- 30) **Se outros, especifique:**
- 31) **Nome do responsável pela solicitação da amostra:**
- 32) **E-mail do Responsável pela Solicitação da Amostra:**
- 33) **Telefone: ()**
- 34) **Observações referentes ao caso:**

O agendamento da biópsia deve ser realizado através do WhatsApp do ambulatório, número (71) 3103 7168, ou, presencialmente, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- **COMPROVANTE DE IDENTIDADE, COM FOTO;**
- **CARTÃO DO SUS;**
- **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;**
- **GUIA DE SOLICITAÇÃO EXAMES/PROCEDIMENTOS - SOLICITANDO A BIÓPSIA DE PELE E INDICANDO O LOCAL A SER BIOPSIADO;**
- **FICHA DE REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA - CONTENDO UM RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**
- **RESULTADO DE BACIOSCOPIA REALIZADO NO MÁXIMO HÁ 3 MESES;**
- **FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN e**
- **FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA (Se for o caso)**

Assinatura/CRM