



# Questionário de Suspeição de Hanseníase



Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Marque com um **X** se presença de alteração abaixo.

**1** Sente dormência nas mãos ou nos pés?

**2** Formigamentos?

**3** Áreas adormecidas na pele?

**4** Câimbras?

**5** Sensação de picadas, agulhadas?

**6** Manchas na pele? (Não considerar as de nascença)

**7** Dor nos Nervos?

**8** Caroços no corpo?

**9** Inchaço nas mãos e nos pés?

**10** Inchaço no rosto?

**11** Fraqueza nas mãos? (Dificuldade de abotoar camisa?  
Por óculos? De escrever? Segurar painéis?)

**12** Fraqueza nos pés? (Dificuldade de calçar e/ou manter chinelos?)

**13** Perda dos cílios e/ou das sobrancelhas?

**14** Há história de hanseníase na família?