

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA

Nome: _____
 Ocupação: _____ Data Nasc: ____/____/____
 Município: _____ Sexo M: F:
 Classificação Operacional PB: MB: UF: _____
 Data início PQT-U: ____/____/____ Data Alta PQT-U: ____/____/____

FACE		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /
Nariz		D	E	D	E
Queixas					
Ressecamento	(S/N)				
Ferida	(S/N)				
Perfuração de septo	(S/N)				
Olhos		D	E	D	E
Queixas					
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)				
Diminuição da força muscular da pálpebra superior	(S/N)				
Fecha olhos sem força	(lagofthamo) "0" ou "mm"				
Fecha olhos com força					
Triquiase	(S/N)				
Ectrópio	(S/N)				
Opacidade da córnea central	(S/N)				
Acuidade Visual	Tabela LogMAR				

Legenda: **S = Sim N= Não**; Em caso de fenda anotar em **milímetros (mm)**, em caso de ausência de fenda anotar **0 (zero)**;
Acuidade visual: se usar óculos usar durante o exame.

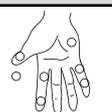
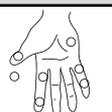
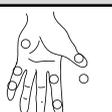
MEMBROS SUPERIORES		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /
Palpação de nervos		D	E	D	E
Queixas					
Radial					
Ulnar					
Mediano					

Palpação de nervos: **N = Normal E = Espessado D = Dor C = Choque**

Avaliação de força		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /
		D	E	D	E
Elevar o punho/ Extensão de punho (nervo radial)					
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5o dedo (nervo Ulnar)					
Elevar o polegar / Abdução do polegar (nervo mediano)					

Legenda: Forte = **F**, Diminuída = **D**, Paralisado = **P** ou Forte = **5**, Resistência Parcial = **4**, Movimento completo = **3**, Movimento Parcial = **2**
 Contração = **1**, Paralisado = **0**

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA¹

1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
D	E	D	E	D	E	D	E
							

Legenda: Monofilamentos = Seguir cores OU Caneta (2g), Sente = Não sente = **X** Garra móvel = **M**, Garra rígida = **R**,
 Reabsorção =  Lesões tróficas = Lesões traumáticas = **Δ**

MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
Queixas								
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E	D	E
Fibular								
Tibial Posterior								

Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C

AVALIAÇÃO DE FORÇA		1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
		D	E	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux/ Extensão de hálux (nervo fibular)									
Elevar o pé/Dorsiflexão do pé (nervo fibular)									

Legenda: Forte = F, Diminuída = D, Paralisado = P ou Forte = 5, Resistência Parcial = 4, Movimento completo = 3, Movimento Parcial = 2
Contração = 1, Paralisado = 0

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA 2

1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
D	E	D	E	D	E	D	E

Legenda: Monofilamentos = Seguir cores OU Caneta (2g), Sente = ✓ Não sente = X Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção = Lesões tróficas = □ Lesões traumáticas = Δ

DATA DA AVALIAÇÃO	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau	Soma OMP (a+b+c+d+e+f)	Assinatura e carimbo	Observações importantes
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)				
	D	E	D	E	D	E				
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										

GRAU	SINAIS E/OU SINTOMAS			Monofilamentos	Registro com a caneta
	Olhos	Mãos	Pés		
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea central preservada. Acuidade visual ≥ 0,1 a 3m ou Conta dedos a 6 metros	Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (violeta) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (violeta) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	Verde (0,07g) – preencher círculo na cor verde Violeta (2,0g) – preencher círculo na cor violeta	Sente = ✓
1	Diminuição da força muscular da pálpebra sem deficiências visíveis. Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea central: resposta ausente ao toque do fio dental ou diminuição /ausencia de piscar	Diminuição da força muscular da mão sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g violeta	Diminuição da força muscular do pé sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g violeta	Vermelho (4,0g) – preencher círculo na cor vermelha Laranja (10,0g) – marcar o círculo com X na cor vermelho Rosa (300g) – Circular na cor vermelho sem preencher Não sentiu Rosa (300g) – preencher na cor preta	Não sente = X
2	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: lagofalmo, ectrópio, triquiase, opacidade corneana central, E/OU Acuidade visual < 0,1 a 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, lesões tróficas e/ou traumáticas.	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, lesões tróficas e/ou traumáticas.	Notas: Inspeção e avaliação sensitiva. 1. O círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador innervado pelo radial. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artoelho innervado pelo fibular. ATENÇÃO: As deficiências classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas.	