

## ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

<b>Nome do Examinado:</b>			
<b>Data de nascimento:</b> _ / _ / _	<b>CPF:</b> _ - _ - _	<b>Identidade:</b> _	<b>Sexo:</b> _
<b>Endereço:</b> _____			
<b>CEP:</b> _ - _			

### DOENÇAS INCAPACITANTES

#### CATEGORIA: HANSENÍASE

1. Diagnóstico: \_\_\_\_\_
2. CID: \_\_\_\_\_
3. Resultado dos exames solicitados: \_\_\_\_\_
4. Resultados dos exames complementares: \_\_\_\_\_
5. Conduta terapêutica: \_\_\_\_\_
6. Prognóstico: \_\_\_\_\_
7. Indique as consequências à saúde do paciente: \_\_\_\_\_
8. O quadro apresentado é reversível? ( ) Sim ( ) Não. Caso positivo, qual o tempo estimado? \_\_\_\_\_
9. O doente apresenta perda do teste da realidade e comprometimento do funcionamento mental, social e pessoal? ( ) Sim ( ) Não
10. A doença é infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen)? ( ) Sim ( ) Não
11. O doente incapacitado necessita de acompanhante para seu deslocamento? ( ) Sim ( ) Não
12. Observações complementares: \_\_\_\_\_

Maceió/Al, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo, assinatura e número de CRM