

## LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

**Definição de caso:** **Leishmaniose cutânea:** todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico. **Leishmaniose mucosa:** todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravado/doença <b>LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</b>		Código (CID10) B55.1	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade
	Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone ( )		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Unidade de Saúde de Referência						

## Dados complementares do caso

An tec	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Presença de Lesão 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Cutânea <input type="checkbox"/> Mucosa		34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas 1 - Sim 2 - Não		35 Co-infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados clínico	36 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		37 IRM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		38 Histopatologia 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado	
	39 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado			40 Forma Clínica 1 - Cutânea 2 - Mucosa 9- Ignorado		
Clas.do caso	41 Data do Início do Tratamento		42 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada			
	43 Peso kg		44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb+5 1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20			
Tratamento						

<b>Trat.</b>	45 N° Total de Ampolas Prescritas Ampolas		46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Anfotericina b    2 – Pentamidina    3 – Outros    4 - Não Se Aplica		<input type="checkbox"/>	
	47 Critério de Confirmação 1 - Laboratorial    2 -Clinico-Epidemiologico		48 Classificação Epidemiológica 1 - Autóctone 2 - Importado 3 - Indeterminado		<input type="checkbox"/>	
<b>Conclusão</b>	<b>Local Provável de Fonte de Infecção</b>					
	49 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim    2-Não    3-Indeterminado		50 UF	51 País		<input type="checkbox"/>
	52 Município		Código (IBGE)	53 Distrito	54 Bairro	
	55 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		56 Evolução do Caso 1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por LTA 4-Óbito por outras causas 5-Transferência 6-Mudança de diagnóstico			<input type="checkbox"/>
57 Data do Óbito		58 Data do Encerramento				

**Informações complementares e observações**

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS

<b>OBSERVAÇÃO</b>

<b>INVESTIGADOR</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura