

LEISHMANIOSE VISCERAL

Definição de caso: : Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia. Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravado/doença LEISHMANIOSE VISCERAL		Código (CID10) B55.0	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos primeiros sintomas		
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	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 te	31 Data da Investigação			32 Ocupação				
Dados clínicos	33 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Aumento do Baço <input type="checkbox"/> Aumento do Fígado <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Tosse e/ou diarreia <input type="checkbox"/> Quadro infeccioso <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Outros _____							
	34 Co - infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Dados laborat	35 Diagnóstico Parasitológico 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado			36 Diagnóstico Imunológico 1 - Positivo <input type="checkbox"/> IFI 2 - Negativo <input type="checkbox"/> Outro 3 - Não Realizado		37 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado		
	38 Data do Início do Tratamento		39 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 2 - Anfotericina b 4 - Anfotericina b lipossomal 5 - Outras 6 - Não Utilizada			37 Tipo de Entrada		
Tratamento	40 Peso Kg		41 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁺⁵ 1-Maior ou igual a 10 e menor que 15 2-Maior ou igual a 15 e menor que 20 3-Maior ou igual a 20			42 Nº Total de Ampolas Prescritas Ampolas		

Trat	43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial <input type="checkbox"/>		
	1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica		
Conclusão	44 Classificação Final <input type="checkbox"/>		45 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>
	1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	46 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		47 UF <input type="checkbox"/> 48 País <input type="checkbox"/>
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	49 Município	Código (IBGE)	50 Distrito
52 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		53 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por LV 4-Óbito por outras causas 5-Transferência	
54 Data do Óbito		55 Data do Encerramento	

Informações complementares e observações

Conclusão	Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)				
	DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE
	OBSERVAÇÃO				
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função		Assinatura	