



CASO SUSPEITO: 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): **B 5 5.0**

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

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.

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

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 1

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)

Dados Complementares do Caso

Antec. Epidem.

31 Data da Investigação: 32 Ocupação

Dados Clínicos

33 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas): 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado.

Febre Emagrecimento Aumento do Baço Aumento do Fígado

Fraqueza Tosse e/ou diarreia Quadro infeccioso Icterícia

Edema Palidez Fenômenos hemorrágicos Outros _____

34 Co - infecção HIV: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado.

Dados Labor. /Class. do caso

35 Diagnóstico Parasitológico: 1 - Positivo, 2 - Negativo, 3 - Não Realizado. 36 Diagnóstico Imunológico: 1 - Positivo, 2 - Negativo, 3 - Não Realizado. IFI, Outro.

37 Tipo de Entrada: 1 - Caso Novo, 2 - Recidiva, 3-Transferência, 9- Ignorado.

Tratamento

38 Data do Início do Tratamento: 39 Droga Inicial Administrada: 1 - Antimonial Pentavalente, 2 - Anfotericina b, 3 - Pentamidina, 4 - Anfotericina b lipossomal, 5 - Outras, 6 - Não Utilizada.

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.

43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial: 1 - Anfotericina b, 2 - Anfotericina b lipossomal, 3 - Outras, 4 - Não se Aplica.

Conclusão	44 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	45 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	46 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	47 UF <input type="text"/>	48 País <input type="text"/>
	49 Município <input type="text"/>	Código (IBGE) <input style="width: 100px;" type="text"/>	50 Distrito <input type="text"/>
	51 Bairro <input type="text"/>		
	52 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	53 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por LV 4- Óbito por outras causas 5 - Transferência	
54 Data do Óbito <input style="width: 100px;" type="text"/>	55 Data do Encerramento <input style="width: 100px;" type="text"/>		

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	Meio de Transporte

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde <input style="width: 90%;" type="text"/>	Código da Unid. de Saúde <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>	Assinatura <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Função <input style="width: 90%;" type="text"/>	