

**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		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	LEISHMANIOSE VISCERAL		B 5 5.0						
Dados Gerais	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	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor	
	1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
	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 a 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								
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe		
	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 <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	30		País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso								
Antec. Epidem.	31	Data da Investigação		32				Ocupação	
	33								Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados Clínicos	<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		
Dados Labor. /Class. do caso	<input type="checkbox"/> Edema		<input type="checkbox"/> Palidez		<input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos		<input type="checkbox"/> Outros _____		
	34								Co - infecção HIV <input type="checkbox"/>
Dados Labor. /Class. do caso	35		Diagnóstico Parasitológico	36		Diagnóstico Imunológico	37		Tipo de Entrada
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Positivo <input type="checkbox"/> IFI 2 - Negativo <input type="checkbox"/> Outro 3 - Não Realizado		1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado				
Tratamento	38	Data do Início do Tratamento		39	Druga Inicial Administrada	1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 5 - Outras <input type="checkbox"/> 2 - Anfotericina b 4 - Anfotericina b lipossomal 6 - Não Utilizada			
	40	Peso _____ Kg		41		Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>	42		Nº Total de Ampolas Prescritas
	1 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 <input type="checkbox"/> 2 - Maior ou igual a 15 e menor que 20 <input type="checkbox"/> 3 - Maior ou igual a 20 <input type="checkbox"/>		Ampolas						
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	<b>44</b> Classificação Final <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> 1 - Confirmado 2 - Descartado	<b>45</b> Critério de Confirmação <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> 1 - Laboratorial 2 -Clinico-Epidemiologico	
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>		
	<b>46</b> O caso é autóctone do município de residência? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	<b>47</b> UF <input style="width: 30px;" type="text"/>	<b>48</b> País <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>49</b> Município <input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Código (IBGE)</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<b>50</b> Distrito <input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
	<b>52</b> Doença Relacionada ao Trabalho <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>53</b> Evolução do Caso <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> 1 - Cura    2 - Abandono    3 - Óbito por LV 4- Óbito por outras causas    5 - Transferência	
	<b>54</b> Data do Óbito <input style="width: 50px;" type="text"/>	<b>55</b> Data do Encerramento <input style="width: 50px;" 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: 100%; border: none;" type="text"/>	Código da Unid. de Saúde <input style="width: 40px;" type="text"/>
	Nome <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>	Função <input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>

Leishmaniose Visceral
Sinan NET
SVS    27/09/2005