

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				
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	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13		Raça/Cor	
	14		Escolaridade		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
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	
	<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 Labor. /Class. do caso	35	Diagnóstico Parasitológico		36	Diagnóstico Imunológico		37	Tipo de Entrada	
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Outro		1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado				

Tratamento	38	Data do Início do Tratamento		39	Droga Inicial Administrada		1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 5 - Outras	2 - Anfotericina b 4 - Anfotericina b lipossomal 6 - Não Utilizada
	40	Peso _____ Kg		41	Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁺⁵		<input type="checkbox"/> 42 N° Total de Ampolas Prescritas 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	
	43	Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial		1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica				

