

**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					
Notificação Individual	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		
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 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		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 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	
	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		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Tratamento	35	Diagnóstico Parasitológico		36		Diagnóstico Imunológico		
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		IFI Outro		37	Tipo de Entrada
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 <sup>+5</sup>			
Tratamento	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					

