

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				
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		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado IFI Outro		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	41	Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁺⁵	42	Nº 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		1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica		Ampolas	

