PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL

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 AGRAVO / DOENÇA	CÓDIGO (CID 10)	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 _____ ☐ (1 – HORA, 2 – DIA, 2 – 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 SERIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU); 2 – 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU); 3 – 5ª 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 NUMERO DO CARTÃO SUS	16 NOME DA MÃE

DADOS DE RESIDÊNCIA

17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO

20 BAIRRO	21 LOGRADOURO	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)

ANTEC. EPIDEM

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31 DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 OCUPAÇÃO ☐

DADOS CLÍNICOS

33 MANIFESTAÇÕES (SINAIS E SINTOMAS): 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

☐ FEBRE ☐ EMAGRECIMENTO ☐ AUMENTO DE BAÇO ☐ AUMENTO DO FÍGADO

☐ FRAQUEZA ☐ TOSSE E/OU DIARRÉIA ☐ QUADRO INFECCIOSO ☐ ICTERÍCIA

☐ EDEMA ☐ PALIDEZ ☐ FENÔMENOS HEMORRÁGICOS ☐ OUTROS:

34 CO – INFECÇÃO HIV ☐ (1 – SIM, 2 – NÃO, 9 - IGNORADO)

DADOS LABOR. CLAS 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
KG	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	AMPOLAS

43 OUTRA DROGA UTILIZADA, NA FALÊNCIA DO TRATAMENTO INICIAL ☐

1 – ANFOTERICINA b; 2 – ANFOTERIOCINA b LIPOSSOMAL; 3 – OUTRAS; 4 – NÃO SE APLICA

CONCLUSÃO

44 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO		45 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO 1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	

LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO

46 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? 1 - SIM 2 – NÃO 3 - INDETERMINADO		47 UF	48 PAÍS	
49 MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	50 DISTRITO		51 BAIRRO

52 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO		53 EVOLUÇÃO DO CASO 1 – CURA 2 – ABANDONO 3 - ÓBITO POR LV 4 – ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 5 - TRANSFERÊNCIA		54 DATA DO ÓBITO	55 DATA DO ENCERRAMENTO

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 NECROPSIA, ETC.)

INVESTIGADOR

56 MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		57 CÓDIGO DA UNID. DE SAÚDE
58 NOME	59 FUNÇÃO	60 ASSINATURA