



DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) DATA DA NOTIFICAÇÃO			
	3) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)			
	4) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO			
DADOS DO CASO	5) AGRAVO <b>LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>B 5 5 - 2</b>	6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS		
	7) NOME DO PACIENTE		8) DATA DE NASCIMENTO			
	9) (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS	10) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	11) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		12) ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDO CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS		14) NOME DA MÃE			
DADOS DE RESIDÊNCIA	15) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)		CÓDIGO	16) NÚMERO		
	17) COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...)		18) PONTO DE REFERÊNCIA		19) UF	
	20) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO		
	21) BAIRRO		CÓDIGO (IBGE)	22) CEP		
	23) (DDD) TELEFONE		24) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA/RURAL 9 - IGNORADO	25) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		CÓDIGO
	<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	26) DATA DE INVESTIGAÇÃO		27) OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA			
	28) DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE SEIS MESES ANTERIOR AO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)					
	DATA		LOCAL/MUNICÍPIO		UF	PAÍS
DADOS CLÍNICOS	29) PRESENÇA DE LESÃO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		CUTÂNEA CUTÂNEA DIFUSA MUCOSA		30) EM CASO DE PRESENÇA DE LESÃO MUCOSA, HÁ PRESENÇA DE CICATRIZES CUTÂNEAS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	
	31) PARASITOLÓGICO DIRETO 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO		32) IRM 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO		33) HISTOPATOLOGIA 1 - ENCONTRO DO PARASITA 2 - COMPATÍVEL 3 - NÃO COMPATÍVEL 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	
CLAS. CASO	34) TIPO DE ENTRADA 1 - CASO NOVO 2 - RECIDIVA 3 - RETORNO 9 - IGNORADO				35) FORMA CLÍNICA 1 - CUTÂNEA 2 - MUCOSA	
	36) DROGA INICIAL ADMINISTRADA 1 - ANTIMONIAL PENTAVALENTE 2 - ANFOTERICINA B 3 - PENTAMIDINA 4 - OUTRAS 5 - NÃO UTILIZADA					
TRATAMENTO	37) PESO KG		38) DOSE PRESCRITA EM mg / kg / dia Sb <sup>5</sup> 1 < 10 2 >=10<15 3 15 4 >15<20 5 20 6 >20		39) Nº TOTAL DE AMPOLAS PRESCRITAS AMPOLAS	
	40) OUTRA DROGA UTILIZADA, NA FALÊNCIA DO TRATAMENTO INICIAL 1 - ANTIMONIAL PENTAVALENTE 2 - ANFOTERICINA B 3 - PENTAMIDINA 4 - OUTRAS 5 - NÃO SE APLICA				41) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO	

