



CASO CONFIRMADO:
LEISHMANIOSE CUTÂNEA: TODO INDIVÍDUO COM PRESENÇA DE ÚLCERA CUTÂNEA, COM FUNDO GRANULOSO E BORDAS INFILTRADAS EM MOLDURA, COM CONFIRMAÇÃO POR DIAGNÓSTICO LABORATORIAL OU CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO.
LEISHMANIOSE MUCOSA: TODO INDIVÍDUO COM PRESENÇA DE ÚLCERA NA MUCOSA NASAL, COM OU SEM PERFURAÇÃO OU PERDA DO SEPTO NASAL, PODENDO ATINGIR LÁBIOS E BOCA (PALATO E NASOFARINGE), COM CONFIRMAÇÃO POR DIAGNÓSTICO LABORATORIAL OU CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO <p style="text-align: center;">2 - INDIVIDUAL</p>		2 AGRAVO / DOENÇA <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</p>	CÓDIGO <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">B 5 5 - 1</p>	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO IBGE
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO	7 DATA DO DIAGNÓSTICO

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE				9 DATA DE NASCIMENTO	
	10(OU) IDADE 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MES <input type="checkbox"/> 4 - ANO <input type="checkbox"/>	11 SEXO M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO <input type="checkbox"/>	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
	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 À 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 <input type="checkbox"/>					
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 NOME DA MÃE			

DADOS DA RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO IBGE	19 DISTRITO
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (CASA, APTO...)		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 <input type="checkbox"/>	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO				
DADOS CLÍNICOS	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO	
	33 PRESENÇA DE LESÃO 1 - SIM 2 - NÃO <input type="checkbox"/> CUTÂNEA <input type="checkbox"/> MUCOSA		34 EM CASO DE PRESENÇA DE LESÃO MUCOSA, HÁ PRESENÇA DE CICATRIZES CUTÂNEAS 1 - SIM 2 - NÃO <input type="checkbox"/>	
DADOS LABOR.	36 PARASITOLÓGICO DIRETO 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		37 IRM 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - NÃO REALIZADO <input type="checkbox"/>	
	38 HISTOPATOLOGIA 1 - ENCONTRO DO PARASITA 2 - COMPATÍVEL 3 - NÃO COMPATÍVEL 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		35 CO-INFECÇÃO HIV 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
TRATAMENTO	39 TIPO DE ENTRADA 1 - CASO NOVO 2 - RECIDIVA 3 - TRANSFERÊNCIA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		40 FORMA CLÍNICA 1 - CUTÂNEA 2 - MUCOSA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	41 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO		42 DROGA INICIAL ADMINISTRADA 1 - ANTIMONIAL PENTAVALENTE 2 - ANFOTERICINA B 3 - PENTAMIDINA 4 - OUTRAS 5 - NÃO UTILIZADA <input type="checkbox"/>	
43 PESO KG		44 DOSE PRESCRITA EM MG / KG / dia Sb ⁺⁵ 1 - MENOR QUE 10 2 - MAIOR OU IGUAL A 10 E MENOR QUE 15 3 - IGUAL A 15 4 - MAIOR QUE 15 E MENOR QUE 20 5 - MAIOR OU IGUAL A 20 <input type="checkbox"/>		
45 Nº TOTAL DE AMPOLAS PRESCRITAS AMPOLAS		46 OUTRA DROGA UTILIZADA, NA FALÊNCIA DO TRATAMENTO INICIAL 1 - ANFOTERICINA B 2 - PENTAMIDINA 3 - OUTRAS 4 - NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/>		

