

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		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
	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								
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						<input type="checkbox"/>
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		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Outro		1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado		

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 ⁺⁵		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	

