

**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					
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
Dados de Residência	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)
<b>Dados Complementares do Caso</b>								
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				
Dados Labor. /Class. do caso	34 Co - infecção HIV <input type="checkbox"/>							
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Tratamento	35	Diagnóstico Parasitológico		36	Diagnóstico Imunológico			
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> IFI	<input type="checkbox"/> Outro	37	Tipo de Entrada
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 <sup>+5</sup>		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		Ampolas		
43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial <input type="checkbox"/>								
1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica								

