



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		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		B 5 5. 1						
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico			
	8	Nome do Paciente			9		Data de Nascimento		
Notificação Individual	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - 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	13	Raça/Cor				
	14	Escolaridade							
	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		30	País (se residente fora do Brasil)	
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
Dados Complementares do Caso									
Antec. Epitêm.	31	Data da Investigação		32				Ocupação	
	Dados Clínicos	33	Presença de Lesão		34	Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas		35	Co-infecção HIV
1 - Sim 2 - Não		<input type="checkbox"/> Cutânea <input type="checkbox"/> Mucosa		1 - Sim 2 - Não		<input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Labor.	36	Parasitológico Direto		37	IRM		38		Histopatologia
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/>		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/>		1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado
Clas. Caso	39	Tipo de Entrada			40			Forma Clínica	
	1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado			<input type="checkbox"/>			1 - Cutânea 2 - Mucosa 9- Ignorado		
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42				Droga Inicial Administrada	
					1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada				
	43	Peso		44		Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb +5			
				Kg		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		46		Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial				
				Ampolas		1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica			

47 Criterio de Confirmação
 1 - Laboratorial 2 -Clinico-Epidemiologico

48 Classificação Epidemiológica
 1 - Autóctone 2 - Importado 3 - Indeterminado

Local Provável de Fonte de Infecção

49 O caso é autóctone do município de residência?
 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

50 UF 51 País

52 Município Código (IBGE)

53 Distrito 54 Bairro

55 Doença Relacionada ao Trabalho
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

56 Evolução do Caso
 1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por LTA
 4-Óbito por outras causas 5-Transferência 6-Mudança de diagnóstico

57 Data do Óbito

58 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

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

12 empty horizontal lines for additional information.

Investigador

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura