

**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		11		12		13		14		15	
	(ou) Idade		Sexo		Gestante		Raça/Cor		Escolaridade		Número do Cartão SUS	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		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		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		16	
15						16						
15						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. Epidem.	31	Data da Investigação		32	Ocupação	

Dados Clínicos	33			Manifestações Clínicas (sinais e sintomas)			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Febre	Emagrecimento	Aumento do Baço	Aumento do Fígado					
		Fraqueza	Tosse e/ou diarreia	Quadro infeccioso	Icterícia					
		Edema	Palidez	Fenômenos hemorrágicos	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		<input type="checkbox"/>		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Outro		1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>	

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		41		Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>		42		Nº Total de Ampolas Prescritas		
			Kg		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		<input type="checkbox"/>				Ampolas		
		43		Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial		1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica						<input type="checkbox"/>	

