



**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR LEISHMANIOSE VISCERAL**  
**INVESTIGAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

**CRITÉRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO:**

1. Caso notificado no Sinan e confirmado para LV e que a variável “Evolução do caso” esteja preenchida como “Óbito por LV” ou “Óbito por outras causas”;
2. Óbito registrado no SIM com qualquer menção dos seguintes códigos da CID-10:
  - **B55.0** - Leishmaniose Visceral
  - **B55.9** - Leishmaniose não especificada

Código de retorno da COMUNICAÇÃO no REDCap: \_\_\_\_\_

BLOCO I – DADOS GERAIS	
1. Data da investigação: ____/____/____	2. Data do óbito: ____/____/____
BLOCO II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DE RESIDÊNCIA	
3. Nome do falecido(a): _____	
3.1. CPF: ____/____/____-____	3.2. RG: _____
3.3. Cartão SUS: _____	
3.4. Data nascimento: ____/____/____	3.4.1. Idade em dias: ____/____/____
3.4.2. Idade em anos: ____/____/____	
3.5. Sexo designado no nascimento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Intersexo <input type="checkbox"/> Ignorado	
3.5.1. Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.5.1.1. Se gestante, qual a idade gestacional: <input type="checkbox"/> 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/> Ignorada	
3.6. Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	
3.7. Nome da mãe: _____	
3.8. UF de residência: ____ ____	3.8.1. Município de residência: _____
3.8.1.1. Logradouro: _____	
3.8.1.2. Bairro: _____	
3.8.1.3. Número: _____	
3.8.1.4. Complemento: _____	
3.8.1.5. Ponto de referência: _____	
3.8.1.6. CEP: _____	
3.8.1.7. Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana	
BLOCO III – DADOS DO LOCAL DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO	
4. Local da investigação: <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Outro	4.1. Se outro, qual? _____
4.2. Nome do estabelecimento: _____	
4.2.1. CNES: ____/____/____-____	4.3. UF da investigação: ____ ____
4.3.1. Município: _____	
BLOCO IV – DADOS DA ASSISTÊNCIA	
5. Procurou assistência médica devido ao quadro atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
5.1. Se procurou assistência médica devido ao quadro atual, quantas vezes procurou no estabelecimento de saúde?	
<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes	
5.2. Se não procurou assistência médica devido ao quadro atual, qual a queixa no último atendimento?	
_____	
5.3. Foi referida hipótese de LV no estabelecimento de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
5.3.1. Se referida hipótese diagnóstica de LV no estabelecimento de saúde, em qual atendimento?	
<input type="checkbox"/> 1º atendimento <input type="checkbox"/> 3º atendimento <input type="checkbox"/> 4º atendimento <input type="checkbox"/> 5º atendimento <input type="checkbox"/> Após o 5º atendimento	
5.4. Houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s) em atendimento na unidade de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
5.4.1. Se houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s), qual(is)?	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Enterobacteriose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Malária	
<input type="checkbox"/> Aplasia medular <input type="checkbox"/> Doença de Chagas <input type="checkbox"/> Esquistossomose <input type="checkbox"/> Leucemias <input type="checkbox"/> Mononucleose	
<input type="checkbox"/> Brucelose <input type="checkbox"/> Doenças fúngicas <input type="checkbox"/> Febre Tifoide <input type="checkbox"/> Linfomas <input type="checkbox"/> Tuberculose	

[ ] Chikungunya [ ] Endocardite bacteriana [ ] Hepatites [ ] Lúpus [ ] Zika

[ ] Outra(s) 5.4.1.1. Se outra(s) hipótese(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

5.5. Qual a data do último atendimento no estabelecimento de saúde? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO V – DADOS DE SINAIS E SINTOMAS

6. Foram identificados sinais e sintomas no atendimento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

6.1. Quais sinais e sintomas identificados no atendimento?

[ ] Anasarca [ ] Dor abdominal [ ] Icterícia [ ] Taquidispneia  
[ ] Anemia [ ] Edema localizado [ ] Inapetência [ ] Tosse  
[ ] Astenia [ ] Esplenomegalia [ ] Náusea [ ] Vômito  
[ ] Aumento do volume abdominal [ ] Febre [ ] Palidez [ ] Outro(s)  
[ ] Desnutrição [ ] Hepatomegalia [ ] Perda de peso  
[ ] Diarreia [ ] Hipotensão [ ] Taquicardia

6.1.1. Se outro(s) sinal(is) e sintoma(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VI – DADOS DO HISTÓRICO CLÍNICO

7. Foram identificadas comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s)? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

7.1. Qual(is) comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s)?

[ ] Cardiopatia [ ] Etilismo [ ] Neoplasia hepática  
[ ] Diabetes [ ] HIV/AIDS [ ] Tuberculose  
[ ] Doença renal crônica [ ] Hipertensão [ ] Transplante  
7.1.1. Se transplante, qual? \_\_\_\_\_ [ ] Outra comorbidade  
7.1.2. Se outra comorbidade, qual? \_\_\_\_\_ [ ] Outra condição imunossupressora  
7.1.3. Se outra condição imunossupressora, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VII – DADOS DO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

8. Teve o diagnóstico da LV na unidade de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.1. Se teve o diagnóstico de LV na unidade de saúde, qual a data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8.2. Qual o critério de confirmação? [ ] Clínico-laboratorial [ ] Clínico-epidemiológico

8.2.1. Se critério de confirmação clínico-laboratorial, qual o teste diagnóstico realizado e o seu resultado?

Teste diagnóstico	Resultados do teste			
Teste rápido (imunológico)	[ ] Reagente	[ ] Não reagente	[ ] Inconclusivo	[ ] Não realizado
Molecular (PCR)	[ ] Positivo	[ ] Não detectável	[ ] Inconclusivo	[ ] Não realizado
Parasitológico direto	[ ] Positivo	[ ] Negativo		[ ] Não realizado

8.2.2. Outro método diagnóstico: [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.2.2.1. Se outro método, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VIII – DADOS DO TRATAMENTO

9. Recebeu tratamento para LV no estabelecimento de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.1. Se recebeu tratamento para LV, qual a data do início? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.2. Qual o medicamento utilizado?

[ ] Antimoniato de Meglumina [ ] Anfotericina B Lipossomal [ ] Anfotericina B Desoxicolato [ ] Pentamidina  
[ ] Isetionato de Pentamidina [ ] Outro 9.2.1. Se outro, qual? \_\_\_\_\_

9.3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 9.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.5. Via de administração: [ ] Intravenosa [ ] Intramuscular 9.6. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.7. Precisou interromper o tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.8. Recebeu segundo tratamento para a LV? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.8.1. Se recebeu segundo tratamento, qual a data do início? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.8.2. Qual o medicamento utilizado?

[ ] Antimoniato de Meglumina [ ] Anfotericina B Lipossomal [ ] Anfotericina B Desoxicolato [ ] Pentamidina  
[ ] Isetionato de Pentamidina [ ] Outro 9.8.2.1. Se outro, qual? \_\_\_\_\_

9.8.3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 9.8.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.8.5. Via de administração: [ ] Intravenosa [ ] Intramuscular 9.8.6. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.8.7. Precisou interromper o tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.8.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO IX – DADOS DE COMPLICAÇÕES DEVIDO AO TRATAMENTO

10. Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

10.1. Se desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento, qual(is)?

[ ] Anasarca	[ ] Hiperamilasemia	[ ] Insuficiência cardíaca	[ ] Petéquias
[ ] Arritmia cardíaca	[ ] Hipercalemia	[ ] Infecção do trato urinário	[ ] Pneumonia
[ ] Artralgia	[ ] Hiperglicemia	[ ] Insuficiência hepática	[ ] Purpura
[ ] Diarreia	[ ] Hipocalemia	[ ] Insuficiência renal	[ ] Rash cutâneo
[ ] Dispneia	[ ] Hipoglicemia	[ ] Lombalgia	[ ] Sepse
[ ] Edema			
localizado	[ ] Icterícia	[ ] Mialgia	[ ] Sufusão
[ ] Equimose	[ ] Infecção das vias aéreas superiores	[ ] Pancreatite	[ ] Outro(s)
[ ] Flebite	[ ] Infecção de pele	[ ] Púrpura	

10.1.1. Se outro(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

10.2. Precisou ser encaminhado para internação? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

#### BLOCO X – DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

11. Realizou algum tipo de exame de sangue? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

11.1. Se realizou algum tipo de exame de sangue, quais os resultados?

Exame/Data/Valor	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
<b>Hematológicos</b>			
Hemácias			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			
<b>Bioquímicos</b>			
Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			

