



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:

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?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anasarca | <input type="checkbox"/> Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Taquidispneia |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edema localizado | <input type="checkbox"/> Inapetência | <input type="checkbox"/> Tosse |
| <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Vômito |
| <input type="checkbox"/> Aumento do volume abdominal | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Outro(s) |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Perda de peso | |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> 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)?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Neoplasia hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Molecular (PCR)	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Parasitológico direto	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> 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 complicaçāo apōs o inicío do tratamento? [] Sim [] Não [] Ignorado

10.1. Se desenvolveu alguma complicaçāo apōs o inicío do tratamento, qual(is)?

- | | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|------------------|
| [] Anasarca | [] Hiperamilasemia | [] Insuficiência cardíaca | [] Petéquias |
| [] Arritmia cardíaca | [] Hipercalemia | [] Infecção do trato urinário | [] Pneumonia |
| [] Artralgia | [] Hiperglicemias | [] Insuficiência hepática | [] Purpura |
| [] Diarreia | [] Hipocalcemia | [] Insuficiência renal | [] Rash cutâneo |
| [] Dispneia | [] Hipoglicemias | [] 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: _____ / _____ / _____
------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Hematológicos

Hemárias			
Hemoglobina			
Hematórito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			

Bioquímicos

Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			

Amilase			
Colesterol total			
LDL Colesterol			
HDL Colesterol			
Triglicerídeos			
Ureia			
Creatinina			
Magnésio			
Potássio			
Sódio			
Glicose			
Lactato			
Outro:			

BLOCO XI – DADOS DE INFORMÇÕES COMPLEMENTARES

12. Observações:

[Large area for handwritten notes, consisting of approximately 20 blank lines.]

BLOCO XII – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

13. Nome: _____

13.1. Local de trabalho: _____

13.2. Cargo/Função: _____

13.3. E-mail: _____ **13.4. Telefone:** () _____ - _____

VO/LV – UBS – Evento _____

Código de retorno desta ficha de investigação no REDCap: _____