

SES:

(Periodicidade de notificação – 7 Dias)

N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

## SINAN

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**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.

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação		2 - Individual	
	<b>2</b> Agravado/doença		<b>Código (CID10)</b>	<b>3</b> Data da Notificação
	<b>LEISHMANIOSE VISCERAL</b>		<b>B 5 5.0</b>	
<b>Dados de Residência</b>	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação	<b>Código (IBGE)</b>	
	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		<b>Código</b>	<b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas
<b>Notificação Individual</b>	<b>8</b> Nome do Paciente		<b>9</b> Data de Nascimento	
	<b>10</b> (ou) Idade	<b>11</b> Sexo	<b>12</b> Gestante	<b>13</b> Raça/Cor
	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
	<b>14</b> 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			
<b>15</b> Número do Cartão SUS		<b>16</b> Nome da mãe		
<b>Dados de Residência</b>	<b>17</b> UF	<b>18</b> Município de Residência	<b>Código (IBGE)</b>	<b>19</b> Distrito
	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)		<b>Código</b>
	<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa, ...)		<b>24</b> Geo campo 1
	<b>25</b> Geo campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência		<b>27</b> CEP
	<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
<b>Antec. Epidem.</b>	<b>31</b> Data da Investigação		<b>32</b> Ocupação	
<b>Dados Clínicos</b>	<b>33</b> Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Febre         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Emagrecimento         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Aumento do Baço         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Aumento do Fígado         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Fraqueza         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Tosse e/ou diarreia         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Quadro infeccioso         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Icterícia         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Edema         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Palidez         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Outros _____         </div> </div>			
<b>34</b> Co - infecção HIV				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<b>Dados Labor. /Class. do caso</b>	<b>35</b> Diagnóstico Parasitológico		<b>36</b> Diagnóstico Imunológico	
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Outro	
<b>Tratamento</b>	<b>37</b> Tipo de Entrada			
	1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado			
<b>38</b> Data do Início do Tratamento		<b>39</b> Droga Inicial Administrada		<b>40</b> Peso
		1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Anfotericina b lipossomal 5 - Outras 6 - Não Utilizada		Kg
<b>41</b> Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>		<b>42</b> N° 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		
<b>43</b> Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial				
1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica				

