SES: (Periodicidade de notificação – 7 Dias)	N°
--	----

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Lei cor Lei	ASO CONFIRMADO: ishmainiose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, m confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico. ishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo sal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual
erais	2 Agravo/doença LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA Código (CID10) B 5 5. 1 Data da Notificação
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
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ign
tificação	Escolaridade O-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) 0-4. Pasino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 0-5. Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 0-6. Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 0-7. Educação superior incompleta 0-8. Educação superior completa 0-19. Não se aplica
ž	15
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro
de Res	Número 23 Complemento (apto., casa,)
Dados	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP
	28 (DDD) Telefone 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso
Antec. Epidem.	Data da Investigação
Clínicos	
	33 Presença de Lesão Mucosa, Cutânea Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Cutânea Sutâneas
Dados Cli	
Dados	1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 36 Parasitológico Direto 37 IRM 38 Histopatologia 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível
Dados Dados Labor.	1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Mucosa 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 36 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 37 IRM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 38 Histopatologia 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado
Dados	1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Ducosa 1 - S
Caso Labor. Dados	1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Mucosa 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 36 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 37 IRM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 39 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9 - Ignorado 40 Forma Clínica 1 - Cutânea 2 - Mucosa 9 - Ignorado 41 Data do Início do Tratamento 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada
Caso Labor. Dados	1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Ducosa 1 - S
Dados Dados Labor.	1 - Sim 2 - Não

nicípio ença Relacionad	Fonte de Inferencia de do município de 2-Não 3-Ir de	de residência? ndeterminado Código (IBG		1 - Autóctone 50 UF Distrito	2 - Importado 51 País	3 - Indeterminado 4 Bairro	
caso é autócton 1-Si nicípio ença Relacionad 1 - Sim 2 - Na	e do município m 2-Não 3-Ir da ao Trabalho ão 9 - Ignorado	de residência? ndeterminado Código (IBG				4 Bairro	
1-Si nicípio ença Relacionad 1 - Sim 2 - Ni	m 2-Não 3-Ir la ao Trabalho ão 9 - Ignorado	Código (IBG				4 Bairro	
nicípio ença Relacionad 1 - Sim 2 - Ni	la ao Trabalho ão 9 - Ignorado	Código (IBG		Distrito	5	4 Bairro	
ença Relacionad 1 - Sim 2 - Ni	ão 9 - Ignorado	56 Evolu		Distrito	5	4 Bairro	
1 - Sim 2 - Na	ão 9 - Ignorado		~				
ta do Óbito	58		1-Cura		andono 3-Óbito p ransferência 6-Muda	oor LTA ança de diagnóstico	
		Data do Encerram	nento				
		nformações	compleme	entares e obs	servações		
nto (datas e loca	ais frequentado:	s no período de se	is meses anter	ior ao início dos si	inais e sintomas)		
Data	UF	1	MUNIC	CÍPIO		País	
nicípio/Unidade d	te Saúde					Código da Unid.	de Saúde
	te Saúde						de Saúde
nicípio/Unidade o	te Saúde		Função			Código da Unid.	de Saúde
	ata das as inform	ata UF das as informações cons	ata UF das as informações consideradas impor	ata UF MUNIC	ata UF MUNICÍPIO das as informações consideradas importantes e que não estão na	das as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros	das as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, da