

**LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. **Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.** CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
31. Informar a data do início da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio). **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Preencher conforme os números pré-estabelecidos o tipo de lesão que o paciente apresenta. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Caso tenha lesão mucosa, especificar se há presença de cicatriz cutânea.
35. Preencher conforme os números pré-estabelecidos se o paciente apresenta co-infecção *Leishmania/HIV* **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
36. Informar o resultado do exame parasitológico direto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Informar o resultado da Intradermoreação de Montenegro. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
38. Informar o resultado do exame histopatológico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
39. Informar se o caso é novo, recidiva ou transferência de outro município ou estado. É considerado recidiva, o paciente que apresentou nova lesão em qualquer lugar do corpo no período de até um ano após o último tratamento, descartando as possibilidades de nova infecção no período. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
40. Informar a forma clínica da lesão: caso tenha associação de lesão mucosa e cutânea, prevalecer a lesão mucosa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
41. Preencher a data do início do tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Informar o medicamento prescrito para o tratamento. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Informar o peso corpóreo do paciente.
44. Informar a dose prescrita para o tratamento do paciente. Atentar para o esquema padronizado pelo MS (10 a 20 mg/Kg/dia/Sb<sup>+5</sup>). Lembrar que para as **lesões mucosas** a dose recomendada é de 20 mg/Kg/dia/ Sb<sup>+5</sup> e para **lesões cutâneas** de 15 mg/Kg/dia/ Sb<sup>+5</sup> .

45. Informar o número de ampolas prescritas e entregue para o tratamento, lembrando que em casos de fracionamento (1,5) ampolas, o restante da medicação deve ser desprezada.
  46. Informar qual droga foi utilizada, na falência do tratamento inicial.
  47. Informar o critério de confirmação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
  48. Informar a classificação epidemiológica. Considera-se caso **autóctone** aquele cujo local provável de infecção é o mesmo do município de residência, caso **importado** refere-se ao local provável de infecção diferente do município de residência e **indeterminado**, os casos em que foi impossível determinar o local provável de infecção. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- Preencher campos relacionados ao Local Provável de Infecção somente se caso foi confirmado.
49. Informar se o caso é autóctone do município de residência (1=sim, 2=não ou 3=indeterminado) **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso confirmado.**  
Se caso confirmado for autóctone do município de residência, o Sinan preencherá automaticamente os demais campos do Local Provável de Infecção com os dados da residência do paciente. Se a autoctonia for indeterminada, não preencher os campos do Local Provável de Infecção.
  50. Informar a sigla da unidade federada correspondente ao local provável de infecção. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
  51. Informar o nome do país correspondente ao local provável de infecção. Campo de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil ou no exterior, mas não é autóctone do município de residência.**
  52. Informar o nome do município provável de infecção ou seu código correspondente ao cadastro do IBGE. **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se caso foi confirmado, infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência.**
  53. Informar o nome do distrito correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**
  54. Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção se caso confirmado e infectado no Brasil, mas não é autóctone do município de residência. **CAMPO ESSENCIAL.**
  55. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo do trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).
  56. Informar a evolução do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**
  57. Caso o paciente tenha evoluído para óbito, preencher este campo com a data correspondente.
  58. Preencher com a data de encerramento da investigação do caso. **CAMPO ESSENCIAL.**

Preencher os campos data, município, unidade federada e país freqüentados pelo paciente no período de seis meses anteriores ao início dos sinais e sintomas.

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.