



**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR LEISHMANIOSE VISCERAL**  
**ENTREVISTA DOMICILIAR**

**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: \_\_\_\_\_ 3.1. Apelido: \_\_\_\_\_

3.2. Nome social: \_\_\_\_\_ 3.3. Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3.4. CPF: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ 3.5. RG: \_\_\_\_\_ 3.6. Cartão SUS: \_\_\_\_\_

3.7. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3.7.1. Idade em dias: |\_\_\_\_|\_\_\_\_| 3.7.2. Idade em anos: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

3.8. Sexo designado no nascimento: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Intersexo [ ] Não soube informar

**3.8.1. Identidade de gênero:**

- [ ] Mulher cisgênero [ ] Mulher transgênero [ ] Travesti [ ] Não se aplica  
[ ] Homem cisgênero [ ] Homem transgênero [ ] Não binário [ ] Ignorado

3.8.2. Orientação sexual: [ ] Heterossexual [ ] Homossexual [ ] Bissexual [ ] Não soube informar [ ] Outra

3.8.2.1. Se outra orientação sexual, qual? \_\_\_\_\_

3.8.3. Gestante: [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar [ ] Não se aplica

**3.8.3.1. Se gestante, qual a idade gestacional?**

- [ ] 1º trimestre [ ] 2º trimestre [ ] 3º trimestre [ ] Não soube informar

3.9. Raça/Cor: [ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena [ ] Não soube informar

3.9.1. Se indígena, qual a etnia? \_\_\_\_\_

3.9.2. Indígena que reside na aldeia? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar

3.9.2.1. Se indígena que reside na aldeia, nome da aldeia: \_\_\_\_\_

3.9.3. Nome do distrito sanitário especial? \_\_\_\_\_

3.9.4. Nome do polo base? \_\_\_\_\_

3.10. Era membro de povo ou comunidade tradicional? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar

3.10.1. Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? \_\_\_\_\_

3.11. Era pessoa em situação de rua? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar

3.12. Era pessoa privada de liberdade? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar

3.13. Era pessoa com deficiência? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não soube informar

**3.13.1. Se pessoa com deficiência, qual(is)?**

- [ ] Auditiva [ ] Física [ ] Intelectual [ ] Múltiplas deficiências  
[ ] Ostomia [ ] Transtorno do espectro autista [ ] Visual [ ] Outra

3.13.1.1. Se outra deficiência, qual? \_\_\_\_\_

**3.14. Escolaridade:**

[ ] Nenhuma [ ] Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) [ ] Superior incompleto

[ ] Educação Infantil [ ] Ensino Médio incompleto [ ] Superior completo

[ ] Ensino Fundamental incompleto [ ] Ensino Médio completo (até o 3º ano) [ ] Não soube informar

3.15. Nome da mãe: \_\_\_\_\_

3.16. UF de residência: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_      3.16.1. Município de residência: \_\_\_\_\_  
3.16.1.1. Logradouro: \_\_\_\_\_  
3.16.1.2. Bairro: \_\_\_\_\_  
3.16.1.3. Número: \_\_\_\_\_      3.16.1.4. Microarea: \_\_\_\_\_  
3.16.1.5. Complemento: \_\_\_\_\_      3.16.1.6. CEP: \_\_\_\_\_  
3.16.1.7. Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
3.16.1.8. Zona:  Urbana    Rural    Periurbana

**BLOCO III – DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)**

4. Nome do(a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_  
4.1. Qual o parentesco/relação do(a) entrevistado(a) com o falecido(a)?  
 Cônjuge    Pai    Mãe    Irmão(ã)    Tio(a)    Primo(a)    Amigo(a)    Outro  
4.1.1. Se outro parentesco/relação com o falecido(a), qual? \_\_\_\_\_

**BLOCO IV – DADOS DE OCUPAÇÃO E RENDA DO(A) FALECIDO(A)**

5. O(A) falecido(a) tinha ocupação, mesmo que informal?  Sim    Não    Não se aplica    Não soube informar  
5.1. Ocupação: \_\_\_\_\_      5.1.1. Código (CBO): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_  
5.2. Atividade econômica: \_\_\_\_\_      5.2.1. Código (CNAE): \_\_\_\_|\_\_\_\_.\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_  
5.3. Se o falecido tinha ocupação, mesmo que informal, qual era a renda? R\$ \_\_\_\_\_  
5.3.1. Classifique quantos salários mínimos:  Menos que 1    De 2 a 3    De 4 a 5    De 6 a 7    8 ou mais  
5.3.2. Era a principal renda da família?  Sim    Não    Não soube informar  
5.3.3. Qual era a renda total da família? R\$ \_\_\_\_\_  
5.4. O município de residência do falecido é o mesmo município onde exercia a ocupação?  
 Sim    Não    Não soube informar  
5.4.1. Se não, qual o município da ocupação? \_\_\_\_\_

**BLOCO V – DADOS DAS CONDIÇÕES DE MORADIA DO(A) FALECIDO(A)**

6. Há quanto tempo o(a) falecido(a) residia na moradia atual?  
 Menos de 1 ano    1 ano    2 anos    3 anos    4 anos    5 anos    Mais de 5 anos  
6.1. Qual o tipo da moradia?  Alvenaria    Edifício    Palafita    Oca    Pau a pique    Outro tipo  
6.1.1. Se outro tipo de moradia, qual? \_\_\_\_\_  
6.2. A casa está localizada em área de transmissão da doença?  Sim    Não    Não soube informar  
6.3. Possui no peridomicílio locais que contribuem para a proliferação de flebotomíneos?  
 Chiqueiro de porco    Galinheiro    Baía de cavalo    Material orgânico em decomposição (folhas e frutos)  
 Outro(s)      6.3.1. Se outro(s), qual(is)? \_\_\_\_\_  
6.4. O domicílio possui rede de esgoto instalada?  Sim    Não    Não soube informar  
6.5. O domicílio possui coleta de lixo?  Sim    Não    Não soube informar  
6.5.1. Se não possui coleta de lixo, qual o destino do lixo? \_\_\_\_\_

**BLOCO VI – DADOS DAS AÇÕES DE CONTROLE**

7. Foram desenvolvidas ações de controle do vetor e de reservatório no domicílio?  
 Sim    Não    Não soube informar  
7.1. Possui cão no domicílio?  Sim    Não    Não soube informar  
7.1.1. Se possui cão no domicílio, o cão utiliza coleira impregnada com inseticida?  
 Sim    Não    Não soube informar  
7.1.2. Se possui cão no domicílio, foi realizado teste para LVC alguma vez?  Sim    Não    Não soube informar  
7.1.3. Se realizado teste para LVC, qual a data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
7.1.3.1. Qual o resultado do teste?  Reagente    Não reagente  
7.2. O domicílio já foi borrifado para controle de flebotomíneos?  Sim    Não    Não soube informar  
7.2.1. Se o domicílio já foi borrifado, qual a data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BLOCO VII – DADOS DO HISTÓRICO DE DESLOCAMENTO**

8. O(A) falecido(a) se deslocava/viajava com frequência?  Sim    Não    Não soube informar

8.1. Se o(a) falecido(a) se deslocava com frequência, para qual localidade?

8.2. Em qual localidade a pessoa ficava a maior parte do tempo?

Em casa  No trabalho  Na fazenda  Na chácara  No sítio  Outro

8.2.1. Outra localidade, qual? \_\_\_\_\_

8.3. O(A) falecido(a) viajou nos últimos 03 meses antes do início dos sintomas?  Sim  Não  Não soube informar

8.3.1. Se viajou nos últimos 3 meses, para qual UF? \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

8.3.1.1. Se viajou nos últimos 3 meses, para qual município? \_\_\_\_\_

8.3.2. Se viajou nos últimos 3 meses, qual a finalidade da viagem?

Trabalho  Turismo  Caça  Pesca  Outra finalidade

8.3.2.1. Se viagem a trabalho, que tipo?

Evento  Encontro ou visita corporativa  Retiro ou seminário  Reunião com clientes

Feira ou exposição  Outro tipo

8.3.2.1.1. Se outro tipo, qual? \_\_\_\_\_

8.3.2.2. Se viagem com outra finalidade, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VIII – DADOS DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE

9. O(A) falecido(a) possuía alguma comorbidade e/ou condição imunossupressora?

Sim  Não  Não soube informar

9.1. 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

9.1.1. Se transplante, qual? \_\_\_\_\_

Outra comorbidade

9.1.2. Se outra comorbidade, qual? \_\_\_\_\_

Outra condição imunossupressora

9.1.3. Se outra condição imunossupressora, qual? \_\_\_\_\_

9.2. Tomava algum medicamento de uso contínuo?  Sim  Não  Não soube informar

9.2.1. Se tomava medicamento de uso contínuo, para qual doença?

Diabetes Mellitus  Hipertensão arterial  Colesterol alto  HIV/AIDS  Outra doença

9.2.1.1. Se outra doença, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO IX – DADOS DOS SINAIS E SINTOMAS

10. O(A) falecido(a) apresentou sinais e sintomas?  Sim  Não  Não soube informar

10.1. Se apresentou sinais e sintomas, qual a data de início? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

10.2. Quais sinais e sintomas relatados pelo falecido(a)?

Febre

Dor abdominal

Tosse

Aumento do volume abdominal

Náusea

Fraqueza

Edema

Diarreia

Icterícia

Vômito

Emagrecimento

Astenia

Palidez

Anasarca

Outro

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

#### BLOCO X – DADOS DE AUTOMEDICAÇÃO

11. O(A) falecido(a) fez uso de remédios e/ou medicamentos por conta própria, sem prescrição médica?

Sim  Não  Não soube informar

11.1. Se fez uso de remédios e/ou medicamentos por conta própria, qual(is)?

Especificar o remédio e/ou medicamento	Data de início
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____

#### BLOCO XI – DADOS DA ASSISTÊNCIA

12. Procurou assistência médica por conta do quadro clínico de LV?  Sim  Não  Não soube informar

12.1. Se procurou assistência médica por conta do quadro clínico de LV, quantas vezes?

1 vez  2 vezes  3 vezes  4 vezes  5 vezes  Mais de 5 vezes

12.2. Se procurou assistência médica por conta do quadro clínico de LV, qual foi o itinerário terapêutico?

Data do atendimento	Nome do estabelecimento de saúde	UF	Município	Hipótese diagnóstica	Conduta*
__/__/__		__ __			
__/__/__		__ __			
__/__/__		__ __			
__/__/__		__ __			
__/__/__		__ __			
__/__/__		__ __			

\*1 - Ambulatorial 2 - Referenciado 3 - Internação 4 - Transferência

12.3. Qual a data do diagnóstico de LV? \_\_/\_\_/\_\_

**BLOCO XII - DADOS DE OUTRAS PESSOAS DO DOMICÍLIO**

13. Mais alguém do domicílio teve diagnóstico de LV?  Sim  Não  Não soube informar

13.1. Se mais alguém do domicílio teve diagnóstico de LV, quantas pessoas adoeceram? \_\_\_\_\_

13.2. Se mais alguém do domicílio com diagnóstico de LV, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

13.3. Se mais alguém do domicílio com diagnóstico de LV, qual foi a evolução?  Em tratamento  Cura  Óbito

**BLOCO XIII - DADOS DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

14. Observações:


**BLOCO XIV - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA**

15. Nome: \_\_\_\_\_

15.1. Local de trabalho: \_\_\_\_\_

15.2. Cargo/Função: \_\_\_\_\_

15.3. E-mail: \_\_\_\_\_ 15.4. Telefones: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

VO/LV - Entrevista Domiciliar - Evento \_\_\_\_\_

Código de retorno desta ficha de investigação no REDCap: \_\_\_\_\_