



- |  |   |  |                                   |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anasarca                    | <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   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal               | <input type="checkbox"/> Icterícia        | <input type="checkbox"/> Taquidispneia |                                   |

6.1.1. Outro(s) sinais e sintomas, 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 diagnóstico de LV?  Sim  Não 8.1. Se teve diagnóstico de LV, 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	Resultado 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"/> Detectável	<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

8.2.1.1. Outro teste diagnóstico?  Sim  Não  Ignorado

8.2.1.1.1. Se outro teste diagnóstico, 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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.1.1. Qual o medicamento utilizado?

- |  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antimoniato de Meglumina  | <input type="checkbox"/> Anfotericina B Lipossomal | <input type="checkbox"/> Anfotericina B Desoxicolato | <input type="checkbox"/> Pentamidina |
| <input type="checkbox"/> Isetionato de Pentamidina | <input type="checkbox"/> Outro                     | 9.1.1.1. Se outro, qual? _____                       |                                      |

9.1.2. Peso (Kg): \_\_\_\_\_

9.1.3. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.1.4. Via de administração:  Intravenosa  Intramuscular

9.1.5. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.1.6. Precisou interromper o tratamento:  Sim  Não  Ignorado

9.1.6.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.2. Recebeu segundo tratamento para LV?  Sim  Não  Ignorado

9.2.1. Se recebeu segundo tratamento para LV, qual a data do início? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.2.2. Qual o medicamento utilizado?

- |  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antimoniato de Meglumina  | <input type="checkbox"/> Anfotericina B Lipossomal | <input type="checkbox"/> Anfotericina B Desoxicolato | <input type="checkbox"/> Pentamidina |
| <input type="checkbox"/> Isetionato de Pentamidina | <input type="checkbox"/> Outro                     | 9.2.2.1. Se outro, qual? _____                       |                                      |

9.2.2.2. Peso (Kg): \_\_\_\_\_

9.2.2.3. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.2.2.4. Via de administração:  Intravenosa  Intramuscular

9.2.2.5. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.2.3. Precisou interromper o tratamento?  Sim  Não  Ignorado

9.2.3.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO IX - DADOS DE COMPLICAÇÕES DEVIDO AO TRATAMENTO

10. Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento?  Sim  Não  Ignorado

10.1. Se desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento, qual(is)? \_\_\_\_\_

- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anasarca          | <input type="checkbox"/> Hiperamilasemia                     | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca     | <input type="checkbox"/> Petéquias    |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipercalemia                        | <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário | <input type="checkbox"/> Pneumonia    |
| <input type="checkbox"/> Artralgia         | <input type="checkbox"/> Hiperglicemia                       | <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática     | <input type="checkbox"/> Purpura      |
| <input type="checkbox"/> Diarreia          | <input type="checkbox"/> Hipocalemia                         | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal        | <input type="checkbox"/> Rash cutâneo |
| <input type="checkbox"/> Dispneia          | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia                        | <input type="checkbox"/> Lombalgia                  | <input type="checkbox"/> Sepses       |
| <input type="checkbox"/> Edema localizado  | <input type="checkbox"/> Icterícia                           | <input type="checkbox"/> Mialgia                    | <input type="checkbox"/> Sufusão      |
| <input type="checkbox"/> Equimose          | <input type="checkbox"/> Infecção das vias aéreas superiores | <input type="checkbox"/> Pancreatite                | <input type="checkbox"/> Outro(s)     |
| <input type="checkbox"/> Flebite           | <input type="checkbox"/> Infecção de pele                    | <input type="checkbox"/> Púrpura                    |                                       |

**10.1.1. Se outra(s) complicação(ões), qual(is)?** \_\_\_\_\_

**10.2. Preciou de medida(s) de suporte?**  Sim  Não  Ignorado

**10.2.1. Se precisou de medida(s) de suporte, qual(is)?**

Antibioticoterapia  CTI/UTI  Diálise/hemodiálise  Transfusão  Ventilação mecânica  Outra(s)

**10.2.1.1. Se outra(s) medida(s) de suporte, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**10.2.1.2. Se antibioticoterapia, qual a data do primeiro antibiótico?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**10.2.1.3. Se transfusão, especifique uma ou mais opções:**  Hemácias  Plaquetas  Plasma fresco

### 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: ____/____/____
<b>Exames Hematológicos</b>			
Hemácias			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			
<b>Exames Bioquímicos</b>			
Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			
Amilase			
Colesterol total			
LDL Colesterol			

