



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR
ENTREVISTA DOMICILIAR

CRITÉRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO:

1. Caso notificado no SINAN e confirmado para LT com a variável "Evolução do caso" preenchida como "Óbito por LT" ou "Óbito por outras causas";
2. Óbito registrado no SIM com qualquer menção dos seguintes códigos da CID-10:
 - **B55.1** - Leishmaniose cutânea;
 - **B55.2** - Leishmaniose cutaneomucosa;
 - **B55.9** - Leishmaniose não especificada.

Código de retorno da comunicação no REDCap: _____

BLOCO I – DADOS GERAIS

1. Data da investigação: ___/___/___ 2. Data do óbito: ___/___/___ 3. Nº da DO: _____
4. Nº da notificação (Sinan ou e-SUS): _____

BLOCO II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DE RESIDÊNCIA

5. Nome: _____ 5.1. Apelido: _____
5.2. Nome social: _____ 5.3. Telefone: () _____ - _____
5.4. CPF: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___ 5.5. RG: _____ 5.6. Cartão SUS: _____
5.7. Data de nascimento: ___/___/___ 5.8. Idade: |___|___| [] Hora [] Dia [] Mês [] Ano
5.9. Nome da mãe: _____
5.10. UF de residência: ___|___ 5.10.1. Município de residência: _____
5.10.1.1. Logradouro: _____ 5.10.1.2. Bairro: _____ 5.10.1.3. Número: _____
5.10.1.4. Microarea: _____ 5.10.1.5. Complemento: _____ 5.10.1.6. CEP: _____
5.10.1.7. Ponto de referência: _____ 5.11. Zona: [] Urbana [] Rural [] Periurbana
5.12. Sexo designado no nascimento: [] Masculino [] Feminino [] Intersexo [] Ignorado
5.13. Orientação sexual: [] Heterossexual [] Homossexual [] Bissexual [] Ignorado [] Outra
5.13.1. Se outra orientação sexual, qual? _____
5.13.2. Identidade de gênero:
[] Mulher cisgênero [] Mulher transgênero [] Travesti [] Não se aplica
[] Homem cisgênero [] Homem transgênero [] Não binário [] Ignorado
5.14. Gestante: [] Sim [] Não [] Ignorado [] Não se aplica
5.14.1. Se gestante, qual a idade gestacional: [] 1º trimestre [] 2º trimestre [] 3º trimestre [] Ignorada
5.15. Raça/Cor: [] Branca [] Preta [] Amarela [] Parda [] Indígena [] Ignorado
5.15.1. Se indígena, qual a etnia? _____ 5.15.2. Indígena que reside na aldeia? [] Sim [] Não
5.15.2.1. Se indígena que reside na aldeia, nome da aldeia: _____
5.15.3. Nome do distrito sanitário especial: _____
5.15.4. Nome do polo base: _____
5.16. Era membro de povo ou comunidade tradicional: [] Sim [] Não [] Ignorado
5.16.1. Se sim, qual povo ou comunidade tradicional? _____
5.17. Era pessoa em situação de rua: [] Sim [] Não [] Ignorado
5.18. Era pessoa privada de liberdade: [] Sim [] Não [] Ignorado
5.19. Era pessoa com deficiência: [] Sim [] Não [] Ignorado
5.19.1. Se pessoa com deficiência, qual(is)?
[] Física [] Auditiva [] Transtorno do espectro autista [] Múltiplas deficiências [] Ostomia [] Outra
[] Visual [] Intelectual 5.19.1.1. Se outra deficiência, qual? _____

5.20. 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) [] Ignorado

5.21. Ocupação: _____**5.22. Código (CBO):** ____|____|____|____|____|____**5.23. Atividade econômica:** _____**5.24. Código (CNAE):** ____|____|____|____|____|____**BLOCO III – DADOS DO ENTREVISTADO(A)****6. Nome do(a) entrevistado(a):** _____**6.1. Qual o parentesco/relação do(a) entrevistado(a) com o falecido(a)?**

- [] Cônjuge [] Pai [] Mãe [] Irmão(ã) [] Tio(a) [] Primo(a) [] Amigo(a) [] Outro

6.1.1. Se outro parentesco/relação com o falecido(a), qual? _____**BLOCO IV – DADOS DE OCUPAÇÃO E RENDA****7. O(A) falecido(a) tinha ocupação, mesmo que informal?** [] Sim [] Não [] Não se aplica**7.1. Se o falecido tinha ocupação, mesmo que informal, qual era a renda?** R\$ _____**7.1.1. Classifique quantos salários mínimos:** [] Menos que 1 [] 2 a 3 [] 4 a 5 [] 6 a 7 [] 8 ou mais**7.1.2. Se tinha ocupação, qual atividade era exercida?** _____**7.1.3. Era a principal renda da família?** [] Sim [] Não [] Não sabe **7.1.4. Qual era a renda total da família?** R\$ _____**7.2. O município de residência do falecido é o mesmo município onde exercia a ocupação?** [] Sim [] Não**7.2.1. Se não, qual o município da ocupação?** _____**BLOCO V – DADOS DAS CONDIÇÕES DE MORADIA DO FALECIDO(A)****8. Há quanto tempo o falecido residia na moradia atual?** _____**8.1. Qual o tipo da moradia?** [] Taipa [] Alvenaria [] Outras **8.1.1. Se outro tipo de moradia, qual?** _____**8.2. A casa está localizada em área de transmissão da doença?** [] Sim [] Não**8.3. Possui no peridomicílio locais que contribuem para a proliferação do flebótomo:**

- [] Chiqueiro de porco [] Galinheiro [] Baía de cavalo [] Material orgânico em decomposição (folhas e frutos)

[] Outro(s) 8.3.1. Se outro(s), qual(is)? _____**8.4. O domicílio possui rede de esgoto instalada?** [] Sim [] Não [] Ignorado**8.5. O domicílio possui coleta de lixo?** [] Sim [] Não [] Ignorado**8.5.1. Se não possui coleta de lixo, qual o destino do lixo?** _____**BLOCO VI – DADOS DO HISTÓRICO DE DESLOCAMENTO****9. O(A) falecido(a) se deslocava para outra localidade com frequência?** [] Sim [] Não [] Ignorado**9.1. Se o(a) falecido(a) se deslocava para outra localidade com frequência, qual o nome e localização?** _____**9.2. Em qual local a pessoa ficava a maior parte do tempo?** _____**9.3. O(A) falecido(a) viajou nos últimos 03 meses antes do início dos sintomas:** [] Sim [] Não [] Ignorado**9.4. Se viajou no últimos 3 meses, para qual UF:** ____|____**9.4.1. Se viajou no últimos 3 meses, para qual município:** _____**9.5. Qual o motivo da viagem:** [] Trabalho [] Turismo [] Caça [] Pesca [] Outra finalidade**9.5.1. Se viagem a trabalho, que tipo?** _____**9.5.2. Se viagem com outra finalidade, qual?** _____**BLOCO VII – DADOS DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE****10. 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****10.1. Se transplante, qual?** _____ **[] Outra comorbidade****10.2. Se outra comorbidade, qual?** _____ **[] Outra condição imunossupressora****10.3. Se outra condição imunossupressora, qual?** _____

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

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

Diabetes Mellitus Hipertensão arterial Colesterol alto HIV/AIDS Outra

11.1.1. Se outra doença, qual? _____

BLOCO VIII – DADOS DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

12. Qual a data de início dos sinais e sintomas? ___/___/___ 13. Qual a data do diagnóstico de LT? ___/___/___

14. Qual a forma clínica da LT? Cutânea Mucosa Cutaneomucosa

14.1. Se forma cutânea, especificar: Localizada Disseminada Difusa Ignorado

14.1.1. Se outra(s), qual(is)? _____

BLOCO IX – DADOS DE AUTOMEDICAÇÃO

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

Sim Não Não soube informar

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

| Especificar o remédio e/ou medicamento | Data de início |
|--|----------------|
| | ___/___/___ |
| | ___/___/___ |
| | ___/___/___ |
| | ___/___/___ |

15.2. Fez aplicação de algum produto sobre a lesão: Sim Não Ignorado

15.2.1. Se sim, qual(is) produto(s): _____

BLOCO X – DADOS DA ASSISTÊNCIA

16. Procurou assistência médica por conta do quadro clínico de LT? Sim Não Não soube informar

16.1. Se procurou assistência médica por conta do quadro clínico de LT, quantas vezes?

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

16.2. Qual o último local de atendimento antes da internação: UBS UPA Ambulatório Hospital Outro

16.2.1. Se outro, qual: _____

16.3. Informações sobre atendimento (itinerário terapêutico):

| Data do atendimento | Nome do estabelecimento de saúde | UF | Município | Hipótese diagnóstica | Conduta* |
|---------------------|----------------------------------|---------|-----------|----------------------|----------|
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |
| ___/___/___ | | ___ ___ | | | |

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

BLOCO XI – DADOS DE CONTACTANTES

17. Mais alguém do domicílio teve diagnóstico de LT? Sim Não

17.1. Se mais alguém do domicílio teve diagnóstico de LT, quantas pessoas adoeceram? _____

17.2. Se mais alguém do domicílio com diagnóstico de LT, há quanto tempo? _____

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

BLOCO XII - DADOS DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18. Observações:

| |
|--|
| |
| |
| |

