



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

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:

