MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

ID REDCap:

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO
GT-VO/CGZV/DEDT/SVSA/MS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR
INVESTIGAÇÃO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO

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:**_____/_____/_____

BLOCO II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DE RESIDÊNCIA

3. Nome do falecido(a):_____

3.1. CPF:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__ **3.2. RG:**_____ **3.3. Cartão SUS:**_____

3.4. Data nascimento: ___/___/_____ **3.4.1. Idade em dias:** |___|___| **3.4.2. Idade em anos:** |___|___|

3.5. Sexo designado no nascimento: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Intersexo [ ] Ignorado

3.5.1. Gestante: [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado [ ] Não se aplica

3.5.1.1. Se gestante, qual a idade gestacional: [ ] 1º trimestre [ ] 2º trimestre [ ] 3º trimestre [ ] Ignorada

3.6. Raça/Cor: [ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena [ ] Ignorado

3.7. Nome da mãe:_____

3.8. UF de residência:____|____ **3.8.1. Município de residência:**_____

BLOCO III – DADOS DO LOCAL DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

4. Local da investigação: [ ] Hospital [ ] Outro **4.1. Se outro, qual?**_____

4.2. Nome do estabelecimento:_____

4.2.1. CNES:|___|___|___|___|___|___|___| **4.3. UF da investigação:**____|____

4.3.1. Município da investigação: _____

BLOCO IV - DADOS DA ADMISSÃO

5. Data da admissão:____/____/_____ **5.1. Admitido(a) com diagnóstica de LT?** [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

5.2. Confirmado para a LT no estabelecimento de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

5.2.1. Se confirmado para LT, foi feita notificação no SINAN? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

5.2.2. Se houve notificação no SINAN, qual o número?_____

5.3. Houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s) no estabelecimento de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

5.3.1. Se houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s) em atendimento no estabelecimento de saúde, qual(is)?

[ ] Carcinoma basocelular	[ ] Granulomatose de Wegener	[ ] Piodermites
[ ] Carcinoma basocelular	[ ] Hanseníase virchowiana	[ ] Rinite alérgica
[ ] Carcinoma epidermoide	[ ] Histiocitoma	[ ] Rinofima
[ ] Carcinoma espinocelular	[ ] Linfoma cutâneo	[ ] Sífilis terciária
[ ] Ceratoacantoma	[ ] Linfomas	[ ] Sinusite
[ ] Criptococose cutânea	[ ] Micobacteriose disseminada	[ ] Trauma local
[ ] Cromoblastomicose	[ ] Micobacterioses atípicas	[ ] Tuberculose
[ ] Entomoftoromicose	[ ] Paracoccidioidomicose cutânea	[ ] Úlceras de estase venosa
[ ] Esporotricose	[ ] Paracoccidioidomicose mucosa	[ ] Úlceras decorrentes da anemia falciforme
[ ] Granuloma por corpo estranho	[ ] Picadas de insetos	[ ] Outra(s)

5.3.1.1. Se outra(s) hipótese(s), qual(is)?_____

5.4. Quantas vezes procurou atendimento no estabelecimento de saúde devido ao quadro atual?

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

BLOCO V - DADOS DO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

6. Qual foi o critério de confirmação? [ ] Clínico-laboratorial [ ] Clínico-epidemiológico

6.1. Se critério de confirmação clínico-laboratorial, qual o teste diagnóstico realizado e o seu resultado?

Teste Diagnóstico	Resultado do Teste			Data do Teste
Parasitológico	[ ] Positivo	[ ] Negativo	[ ] Não realizado	____/____/_____
Molecular (PCR)	[ ] Positivo	[ ] Negativo	[ ] Não realizado	____/____/_____
Histopatológico	[ ] Positivo	[ ] Negativo	[ ] Não realizado	____/____/_____

6.1.1. Outro teste diagnóstico? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

6.1.1.1. Se outro teste diagnóstico, qual?_____

6.2. Se critério de confirmação clínico-epidemiológico, qual a data do diagnóstico:_____/_____/_____

BLOCO VI - DADOS CLÍNICOS E DE CONDIÇÕES ASSOCIADAS

7. Qual o tipo de entrada do caso? [ ] Caso novo [ ] Recidiva [ ] Transferência [ ] Ignorado

7.1. Data início dos sintomas: ___/___/_____ **7.2. Forma clínica da LT:** [ ] Cutânea [ ] Mucosa [ ] Cutaneomucosa

7.2.1. Se forma cutânea, especificar: [ ] Localizada [ ] Disseminada [ ] Difusa [ ] Ignorado

7.3. 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

7.3.1. Se transplante, qual?_____ [ ] Outra comorbidade

7.3.2. Se outra comorbidade, qual?_____ [ ] Outra condição imunossupressora

7.3.3. Se outra condição imunossupressora, qual?_____

BLOCO VII - DADOS DO TRATAMENTO

8. Recebeu tratamento para LT no estabelecimento de saúde: [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.1. Se recebeu tratamento para LT, qual a data do início?_____/_____/_____

8.2. Qual o medicamento utilizado?

[ ] Antimoniato de Meglumina [ ] Anfotericina B Lipossomal [ ] Anfotericina B Desoxicolato [ ] Pentamidina

[ ] Isetionato de Pentamidina [ ] Miltefosina [ ] Outro

8.2.1. Se outro medicamento, qual?_____

8.3. Peso (Kg):_____ **8.4. Dose prescrita em mg/kg/dia:**_____

8.5. Via de administração: [ ] Intravenosa [ ] Intralesional [ ] Intramuscular

8.6. Dias de tratamento realizados:_____ **8.7. Precisou interromper o tratamento?** [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção?_____/_____/_____

8.8. Recebeu segundo tratamento para LT? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.8.1. Se recebeu segundo tratamento para LT, qual a data do início?_____/_____/_____

8.8.2. Qual o medicamento utilizado?

[ ] Antimoniato de Meglumina [ ] Anfotericina B Lipossomal [ ] Anfotericina B Desoxicolato [ ] Pentamidina

[ ] Isetionato de Pentamidina [ ] Miltefosina [ ] Outro

8.8.2.1. Se outro medicamento, qual?_____

8.8.3. Peso (Kg):_____ **8.8.4. Dose prescrita em mg/kg/dia:**_____

8.8.5. Via de administração: [ ] Intramuscular [ ] Intravenosa [ ] Intralesional

8.8.6. Dias de tratamento realizados:_____ **8.8.7. Precisou interromper o tratamento?** [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

8.8.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção?_____/_____/_____

BLOCO VIII - DADOS DE COMPLICAÇÕES DEVIDO AO TRATAMENTO

9. Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

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

[ ] Anasarca [ ] Hiperamilasemia [ ] Insuficiência cardíaca [ ] Púrpura

[ ] Arritmia cardíaca [ ] Hipercalemia [ ] Infecção do trato urinário [ ] Petéquias
[ ] Artralgia [ ] Hiperglicemia [ ] Infecção sem foco [ ] Pneumonia
[ ] Diarreia [ ] Hipocalemia [ ] Insuficiência hepática [ ] Rash cutâneo
[ ] Dispneia [ ] Hipoglicemia [ ] Insuficiência renal [ ] Sepse
[ ] Edema localizado [ ] Icterícia [ ] Lombalgia [ ] Sufusão
[ ] Equimose [ ] Infecção das vias aéreas superiores [ ] Mialgia [ ] Outro(s)
[ ] Flebite [ ] Infecção de pele [ ] Pancreatite

9.1.1. Se outra(s) complicação(ões), qual(is)?_____

9.2. Precisou de medida(s) de suporte? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

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

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

9.2.1.1. Se outra(s) medida(s) de suporte, qual(is)?_____

9.2.1.2. Se antibioticoterapia, qual a data do 1º antibiótico?_____/_____/_____

9.2.1.3. Se transfusão, especifique uma ou mais opções: [ ] Hemácias [ ] Plaquetas [ ] Plasma fresco

BLOCO IX - DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

10. Realizou algum tipo de exame de sangue? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

10.1. Se realizou algum tipo de exame de sangue, quais os resultados?

Exame/Data/Valor	Data: ____/___/_____	Data: ____/___/_____	Data: ____/___/_____
Hematológicos			
Hemácias			
Leucócitos			
Hemoglobina			
Plaquetas			
Hematócrito			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Bioquímicos			
Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			
Amilase			
Colesterol total			
LDL Colesterol			
HDL Colesterol			
Triglicerídeos			
Ureia			
Creatinina			

Magnésio			
Potássio			
Sódio			
Glicose			
Lactato			
Outro:_____			
Outro:_____			
Outro:_____			

BLOCO X – DADOS DAS CAUSAS DO ÓBITO NA DO

11. Quais as causas do óbito na DO?

Parte I

Linha a)

Linha b)

Linha c)

Linha d)

Parte II

Linha I)

Linha II)

BLOCO XI - DADOS DE INFORMÇÕES COMPLEMENTARES

12. Observações:

BLOCO XII – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

13. Nome:_____

13.1. Local de trabalho:_____

13.2. Cargo/Função:_____

13.3. E-mail:_____ **13.4. Telefones:** ( )_____-_____

VO/LT – Estabelecimento da Internação – Evento_____

Código de retorno desta ficha de investigação no REDCap:_____