

- [] 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)
 [] Granulomatose de Wegener [] Piodermites

5.4.1.1. Se outra(s), qual(is): _____

BLOCO V - DADOS DO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

6. Teve o diagnóstico da LT? [] Sim [] Não 6.1. Se teve o diagnóstico de LT, qual a data? ____/____/____

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

6.2.1. 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	____/____/____

6.2.2. Outro método diagnóstico: [] Sim [] Não 6.2.2.1. Se outro método, qual? _____

BLOCO VI - DADOS CLÍNICOS E DE CONDIÇÕES ASSOCIADAS

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

7.1. Qual a forma clínica da doença? [] Cutânea [] Mucosa [] Cutaneomucosa

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

7.2. Qual a data de início dos sintomas? ____/____/____

7.3. Foram identificadas comorbidades ou condições associadas?

- [] 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 VI – DADOS DO TRATAMENTO

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

8.1. Se recebeu tratamento para LT no estabelecimento de saúde, 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 [] Oral

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? ____/____/____

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

9.1. Se recebeu segundo tratamento para LT, qual a data do início? ____/____/____

9.2. Qual o medicamento utilizado no segundo tratamento da LT?

- [] Antimoniato de Meglumina [] Anfotericina B Lipossomal [] Anfotericina B Desoxicolato [] Pentamidina
 [] Isetionato de Pentamidina [] Miltefosina [] Outro

9.2.1. Se outro medicamento, qual? _____

9.3. Peso (Kg): _____ 9.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: _____

9.5. Via de administração: [] Intravenosa [] Intralesional [] Intramuscular [] Oral

9.6. Dias de tratamento realizados: _____ 9.7. Precisou interromper o tratamento? [] Sim [] Não [] Ignorado

9.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? ____/____/____

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

10.1.1. Se outro(s), qual(is)?

BLOCO VIII – 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 últimos resultados?

Exame/Data/Valor	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Hematológicos			
Hemácias			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			
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			

