



MEB Departamento de
Epidemiologia e
Bioestatística



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E DAS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA 2018

OMS – doenças tropicais negligenciadas

- Boubá*
- Doença de Chagas
- Dengue
- Dracunculíase*
- Equinococose (Hidatidose)
- Esquistossomose
- Filariose
- Hanseníase
- Helmintoses transmitidas pelo solo
- Leishmaniose
- Micetoma
- Oncocercose (Cegueira dos rios)
- Raiva
- Teníase/ cisticercose
- Tracoma
- Tripanossomíase africana (Doença do sono)*
- Úlcera de Buruli*



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

55º CONSELHO DIRETOR

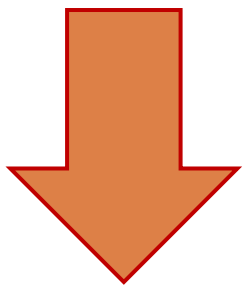
68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26-30 Setembro de 2016

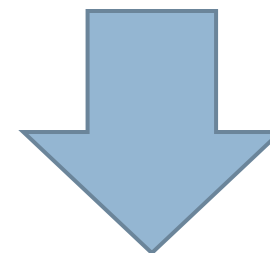
**PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS
NEGLIGENCIADAS E AÇÕES PÓS-ELIMINAÇÃO 2016-2022**

Outras Doenças Infecciosas Negligenciadas

- Malária
 - Tuberculose
 - AIDS
-
- Micoses?
 - Acidentes com animais peçonhentos?
 - Brucelose?
 - Estrongiloidíase?
 - Giardíase?
 - Sífilis?



Situação das doenças negligenciadas/pobreza no Brasil



CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3
Doença não controlada Emergente/reemergente	Estratégia de controle disponível Doença ainda com elevada magnitude	Estratégia de controle efetiva Doença em declínio Eliminação planejada
Dengue (outras arboviroses)	Malária	Doença de Chagas
<u>Leishmanioses</u>	<u>Esquistossomose</u>	<u>Hanseníase</u>
	TUBERCULOSE	
		Tracoma
	Geo-helminoses	
		Raiva
		Filariose linfática (“elefantíase”)
		Oncocercose (“cegueira dos rios”)

A

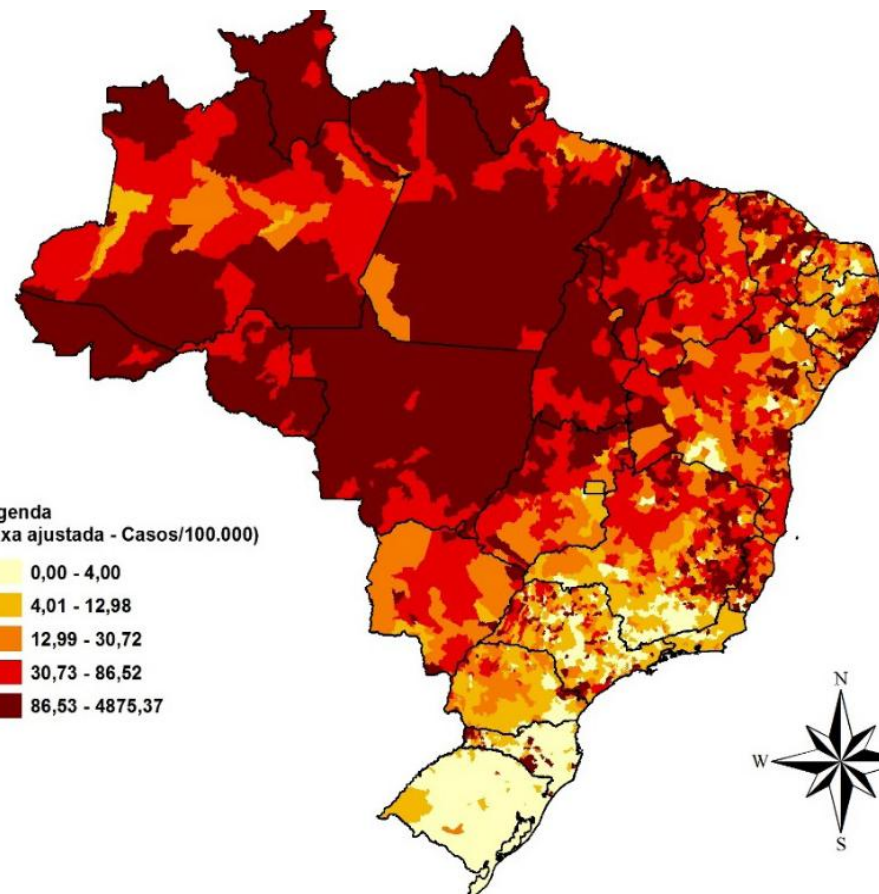
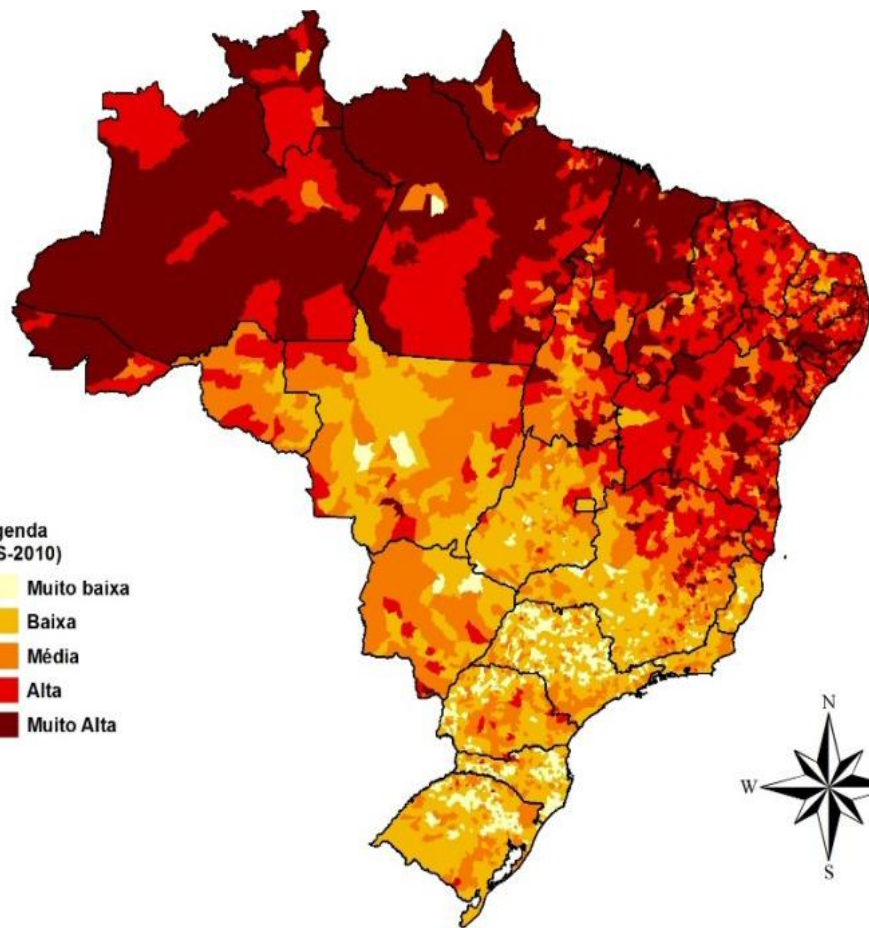


- Nine NTDs
- Eight NTDs
- Seven NTDs
- Five NTDs
- Four NTDs

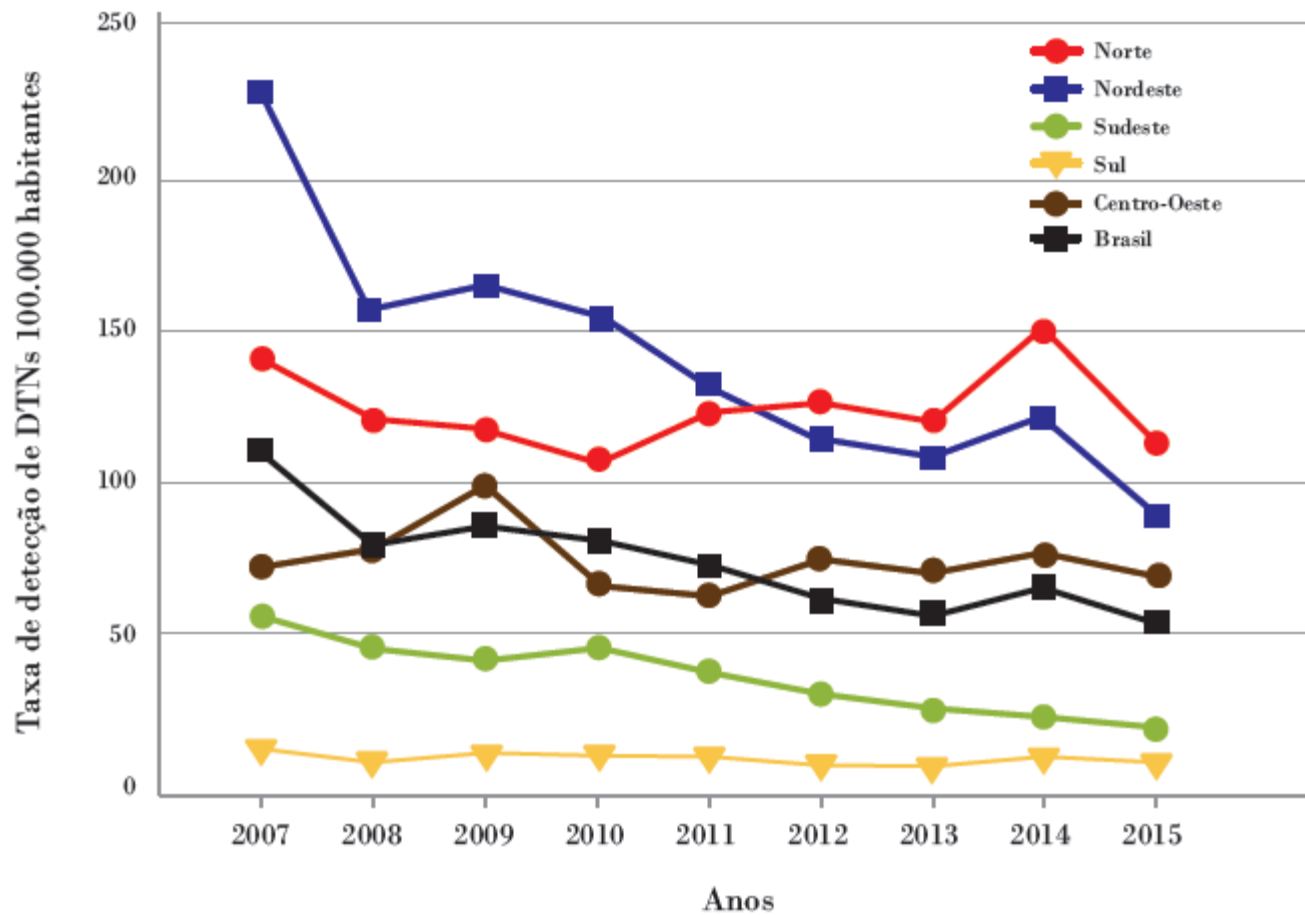
Brasil –
sobreposição de
DNGs

Índice vulnerabilidade social

Taxas de incidência das DTN



Evolução das DTN no Brasil



DTN no Brasil – 2015 – 105 mil casos e 8.000 óbitos

CASOS

- Hanseníase – 30 mil
- Esquistossomose – 26 mil
- Tracoma – 26 mil
- Leishmaniose tegumentar – 20 mil
- Leishmaniose visceral – 4 mil
- Doença de Chagas aguda – 270
- Raiva humana – 2 casos
- Filariose - 0

ÓBITOS

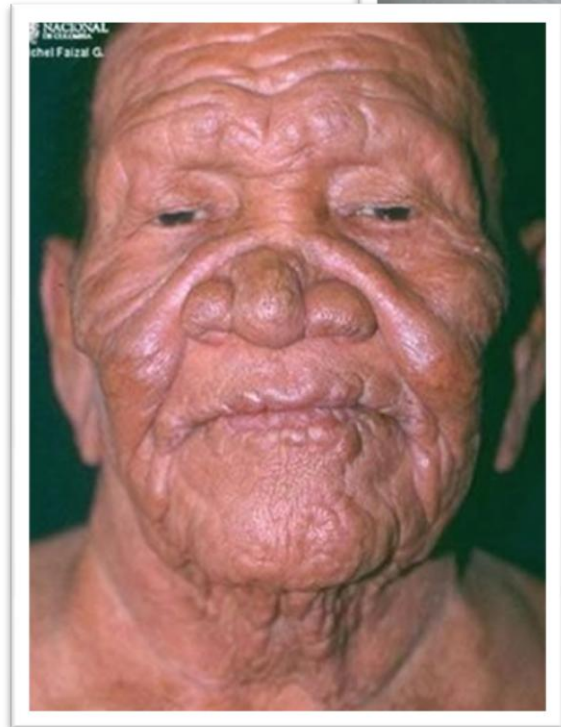
- **Doença de Chagas crônica – 6000**
- Esquistossomose – 700
- Hanseníase – 460
- Leishmaniose visceral – 400

Doenças em declínio/estacionárias

Hanseníase

- *Micobacterium leprae*
- Transmissão aérea
- **Alta infectividade**, baixa patogenicidade
- Incubação prolongada (2-7 anos)
- Lesões cutâneas
- **Tropismo nervo periférico**
- **Alteração de sensibilidade**
(térmica – dolorosa – tátil)

Formas clínicas



Hanseníase

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais

1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação		
		HANSENÍASE		A 3 0. 9			
4	UF	5	Município de Notificação				Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico	

Dados Complementares do Caso

Ocupação

31 Nº do Prontuário

32 Ocupação

Dados Clínicos

33 Nº de Lesões Cutâneas

34 Forma Clínica

1 - I 2 - T 3 - D 4 - V
5 - Não classificado

35 Classificação Operacional

1 - PB 2 - MB

36 Nº de Nervos afetados

37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico

0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado

38 Modo de Entrada

1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF)
4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado

39 Modo de Detecção do Caso Novo

1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado

Dados Lab.

40 Baciloscopia

1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado

Tratamento

41 Data do Início do Tratamento

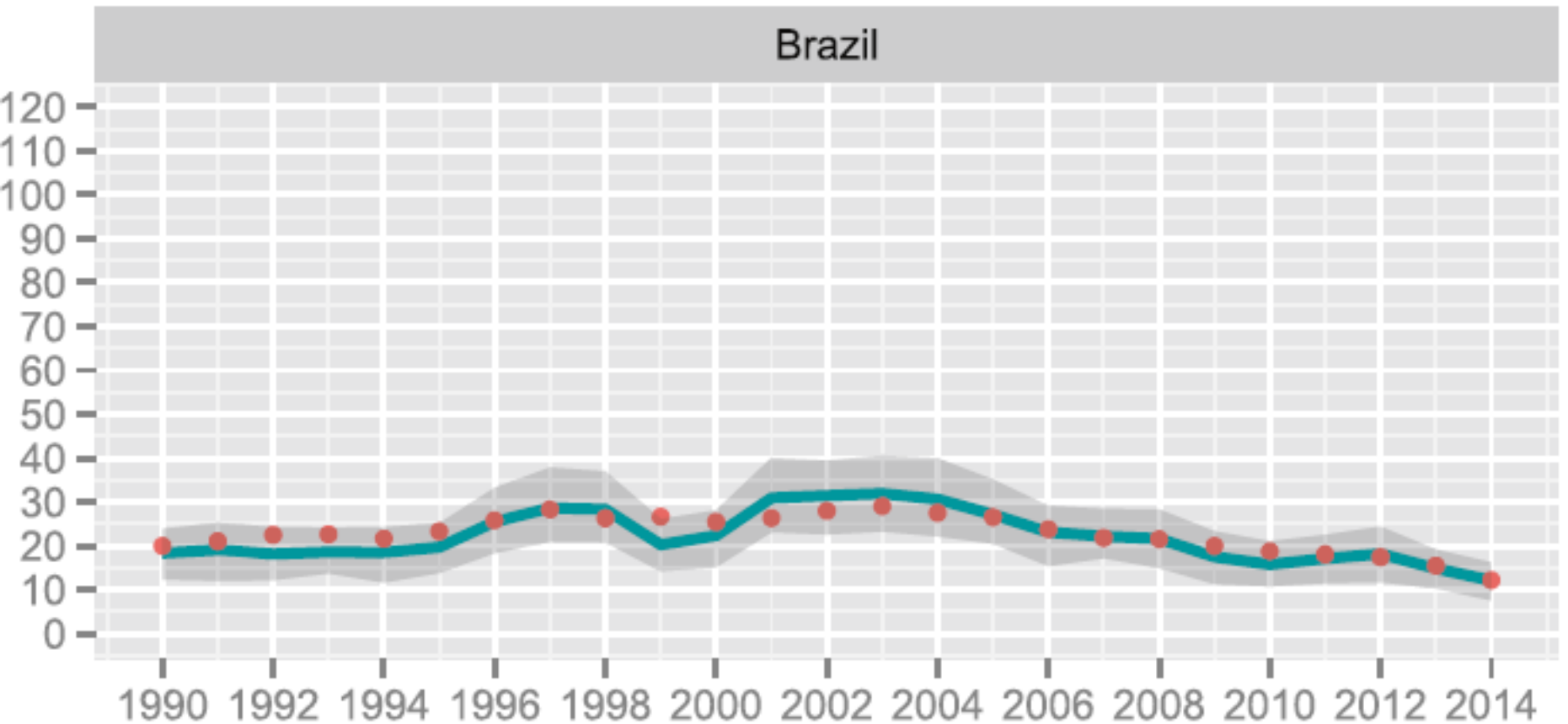
42 Esquema Terapêutico Inicial

1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos

Med. Contr.

43 Número de Contatos Registrados

Tendência temporal: coef. detecção casos novos/100.000 hab



Indicadores epidemiológicos cerca de 40 mil casos novos/ano

Taxa Detecção Casos Novos

Região de residência atual	2014	2015	2016
Total	15,21	13,96	12,13
Região Centro-Oeste	38,40	36,38	29,76
Região Nordeste	23,88	22,56	19,15
Região Norte	35,15	29,40	28,48
Região Sudeste	5,27	4,68	4,14
Região Sul	3,52	3,47	2,81

Taxa Detecção < 15 anos

Região de residência atual	2014	2015	2016
Total	4,84	4,42	3,56
Região Centro-Oeste	9,90	8,23	6,34
Região Nordeste	7,42	7,56	5,67
Região Norte	12,58	10,08	8,77
Região Sudeste	1,03	0,86	0,91
Região Sul	0,29	0,20	0,12

Hiperendêmico | Muito Alto | Alto | Médio | Baixo

Prop. Casos Novos c/ Grau 2]

Região de residência atual	2014	2015	2016
Total	46,21	47,65	47,98
Região Centro-Oeste	60,51	67,19	63,98
Região Nordeste	52,47	50,79	53,01
Região Norte	45,79	37,63	38,14
Região Sudeste	18,90	27,35	23,56
Região Sul	26,32	31,30	31,52

Proporção Grau de Incapacidade:

Alto | Médio | Baixo

ESQUISTOSSOMOSE

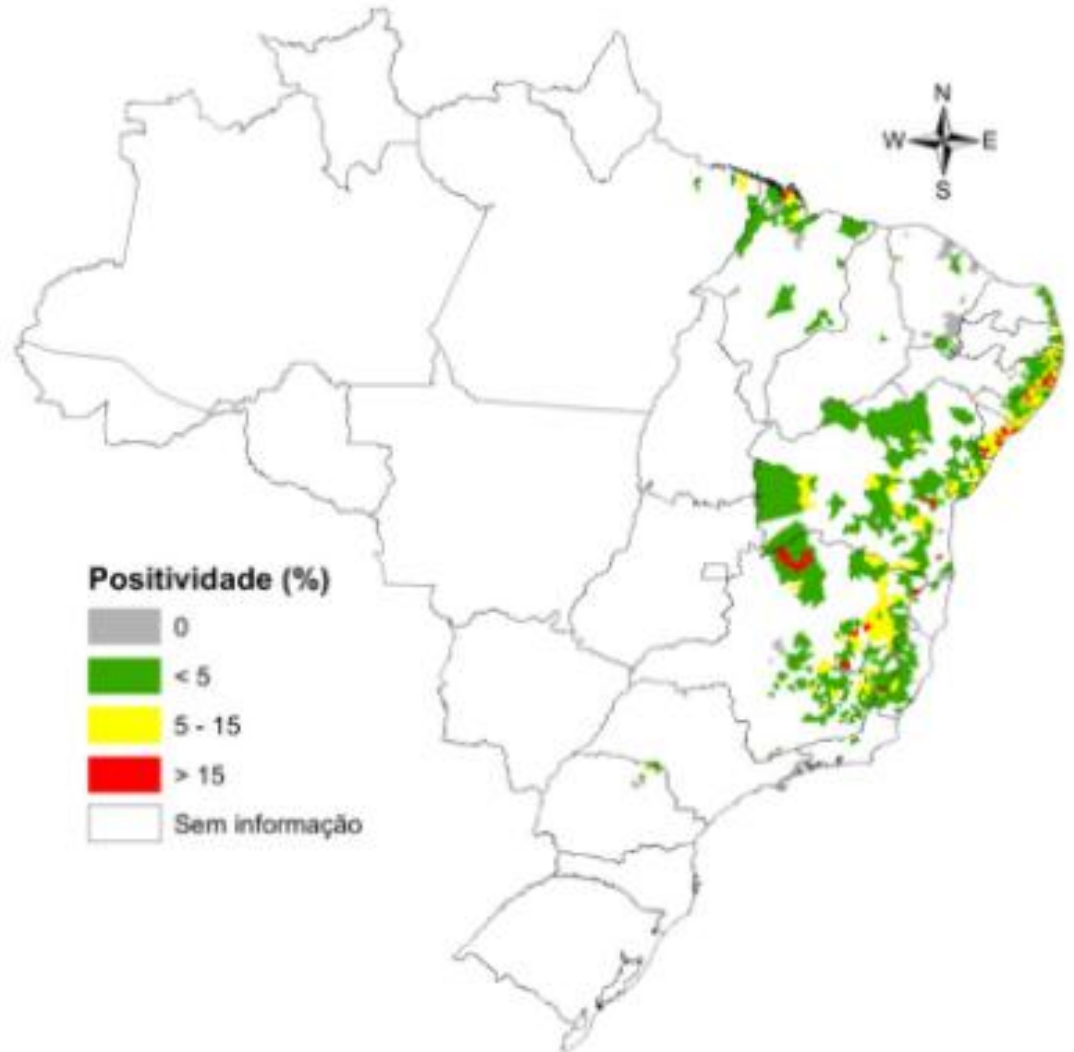


FIG. 1

FIG. 2

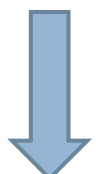
Esquistossomose

- 2010-2015: **35.000** casos/anuais
- Concentrados na região Nordeste
- e algumas áreas da região Sudeste



Casos por Áreas

□ Área endêmica - SISPCE



2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
69.436	59.946	38.685	36.994	33.193	22.434	12.000

• Área não endêmica – SINAN

26999	15464	8344	6863	2434	6440	4893
-------	-------	------	------	------	------	------



Caramujo *Biomphalaria glabrata*, hospedeiro intermediário do verme responsável pela esquistossomose

Contaminação por fezes humanas e presença do caramujo são pré-requisitos para a transmissão de esquistossomose.

Fases da doença e DD

• Fase aguda

Dermatite cercariana

Outras dermatites e síndromes exantemáticas

Febre Takayama

Malária, hepatite viral anictérica, estrongiloidíase, amebíase, brucelose, etc

• Fase crônica – hepato-intestinal, hepática e hepato-esplênica (compensada ou descompensada)

Estrongiloidíase, amebíase, outras parasitoses

Linfoma

Doenças com hepatoesplenomegalia (hepatoma, leucemia, calazar, salmonelose prolongada, cirrose)

Fase crônica – hepatoesplênica



Fig. 1

Fig. 2

Diagnóstico

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Método/exame
Parasitológico	Fezes sem conservantes	-Kato-Katz / quantitativo - Hoffman – Lutz (HPJ) /qualitativo.
Sorológico	Soro sanguíneo	IFI com pesquisa de IgM Ensaio imunoenzimático (ELISA)

Diagnóstico

Parasitológico

Positivo a partir de 45 dias da infecção aguda, diminui nos pacientes crônicos.

O exame de fezes possui baixa sensibilidade, sobretudo em áreas nas quais predominam as infecções por *S. mansoni* com pequena carga parasitária.

Recomenda-se um mínimo de três amostras sequenciais de fezes, coletadas em dias distintos, com intervalo máximo de 10 dias entre a primeira e a última coleta.

Imunológico

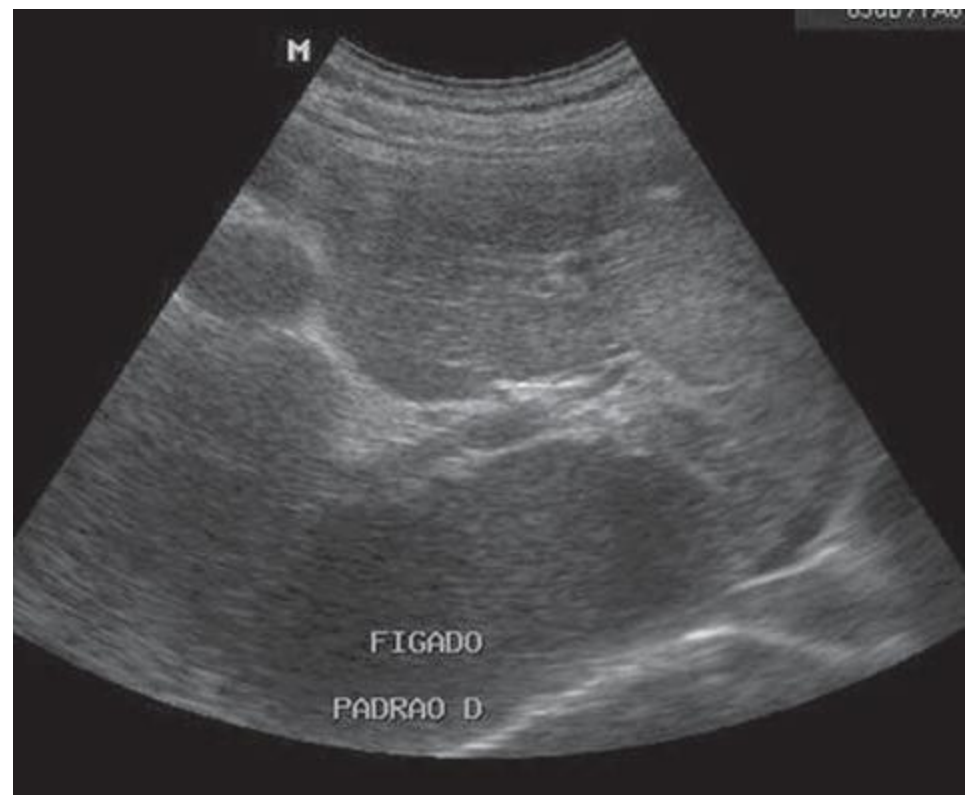
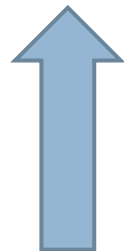
Os ensaios imunológicos são mais empregadas na fase crônica (p.ex. ELISA e ELISA de captura)

Exames inespecíficos

Exames na fase crônica

A ultrassonografia é de grande auxílio no diagnóstico da fibrose de Symmers e nos casos de hepatoesplenomegalia. A biópsia retal ou hepática, apesar de não indicada para utilização na rotina, pode ser útil em casos suspeitos e na presença de exame parasitológico de fezes negativo.

Niamey Working Group, 2000. Ultrasound in schistosomiasis. A practical guide to the standardized use of ultrasonography for the assessment of schistosomiasis related morbidity. TDR/SCH/00.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.



Fibrose de Symmers

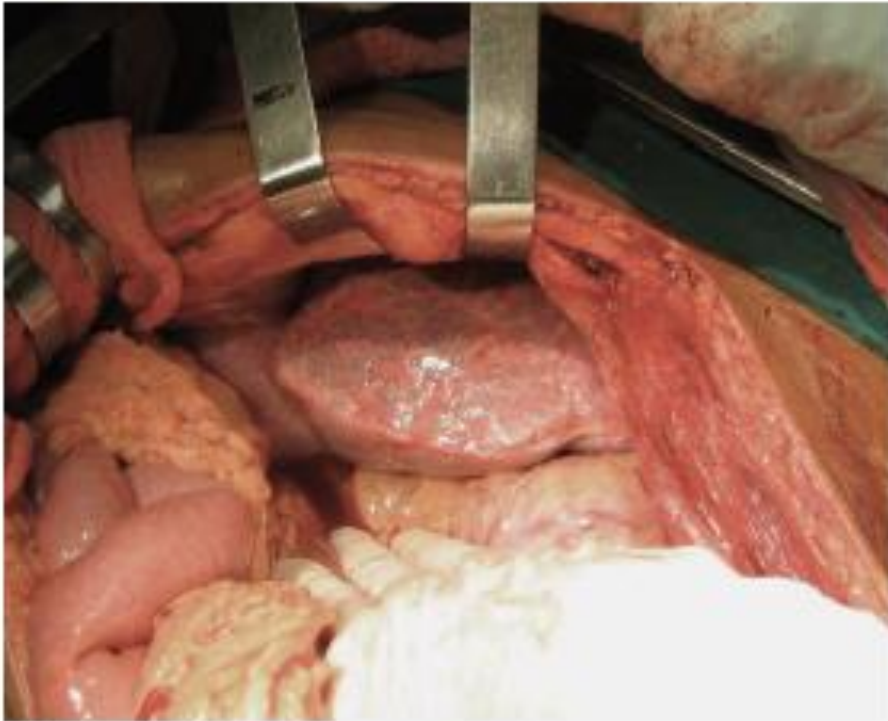
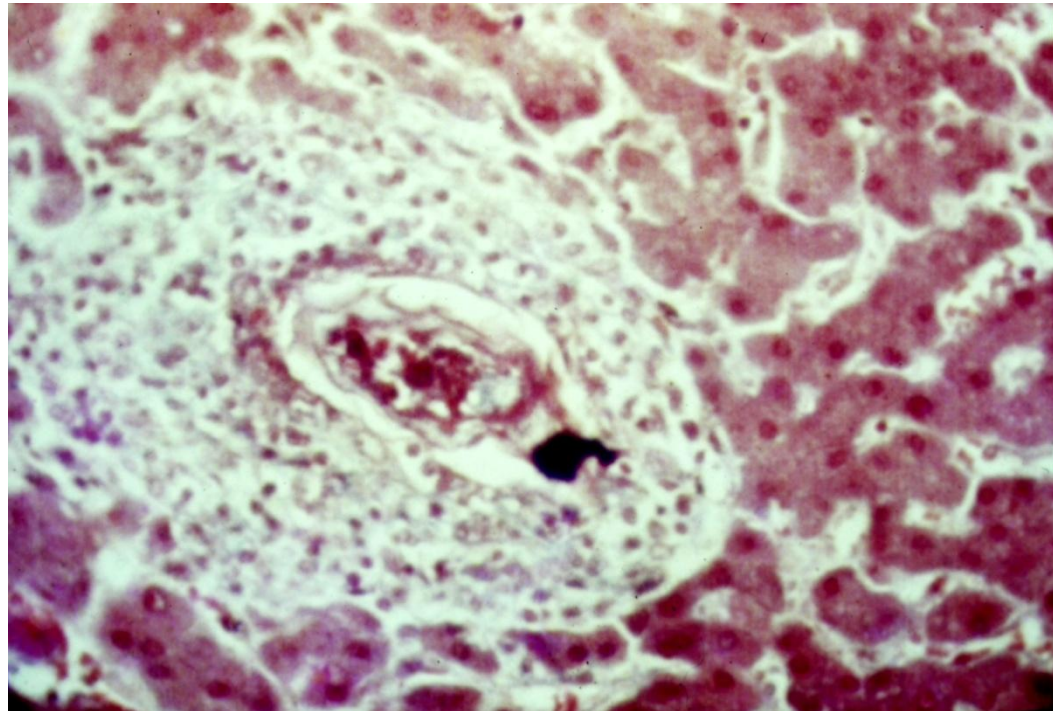


Foto: Lambertucci, J.R, UFMG (2006).



Biópsia

- ❖ **Granuloma periovular é a unidade lesional da esquistossomose**



Doenças associadas que modificam o curso da esquistossomose:

- a) salmonelose prolongada;
- b) abscesso hepático;
- c) em imunossuprimidos (Aids, HTLV, uso de imunossupressores etc.);
- d) outras hepatopatias: virais, alcoólica etc.

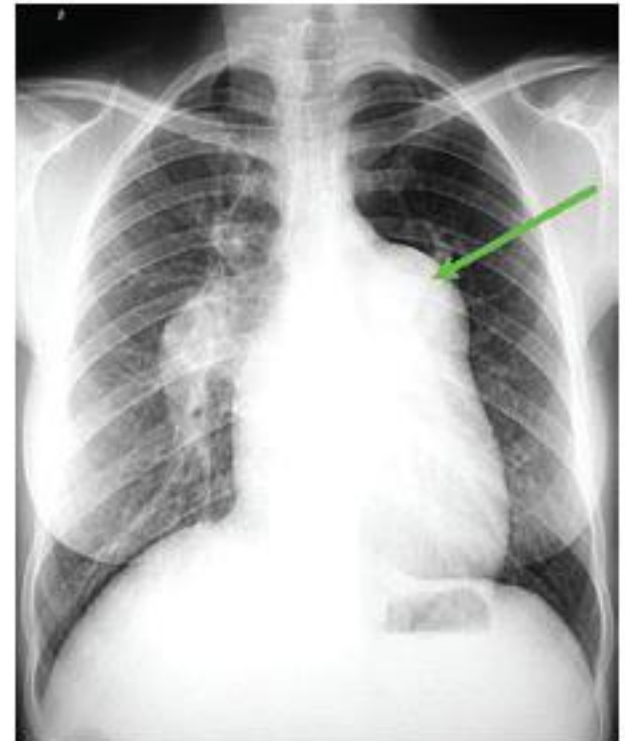
Outras formas clínicas

3.3.1 Forma vasculopulmonar

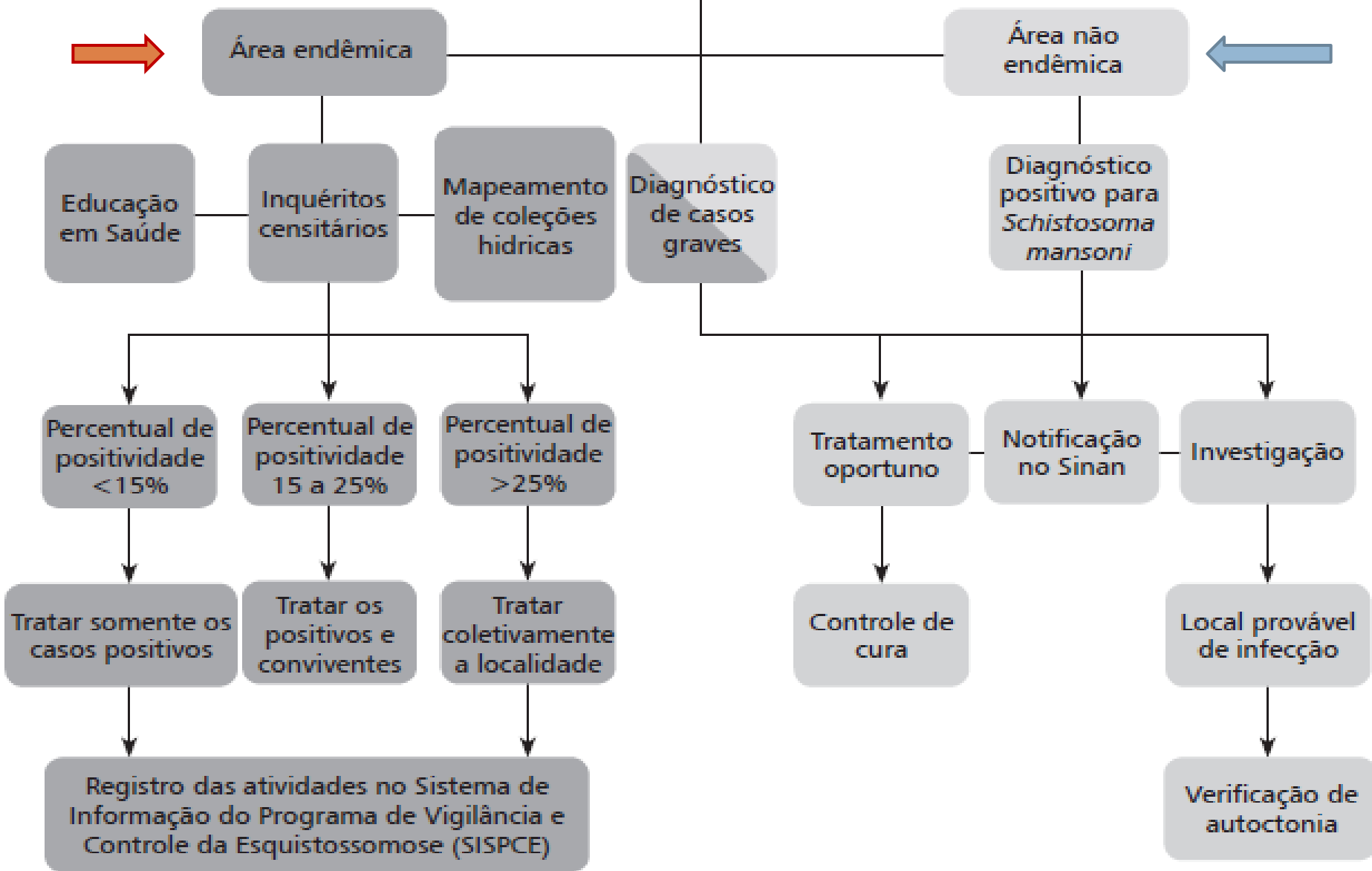
3.3.2 Hipertensão pulmonar

3.3.3 Glomerulopatia

3.3.4 Forma neurológica



Sistema de Vigilância da Esquistossomose

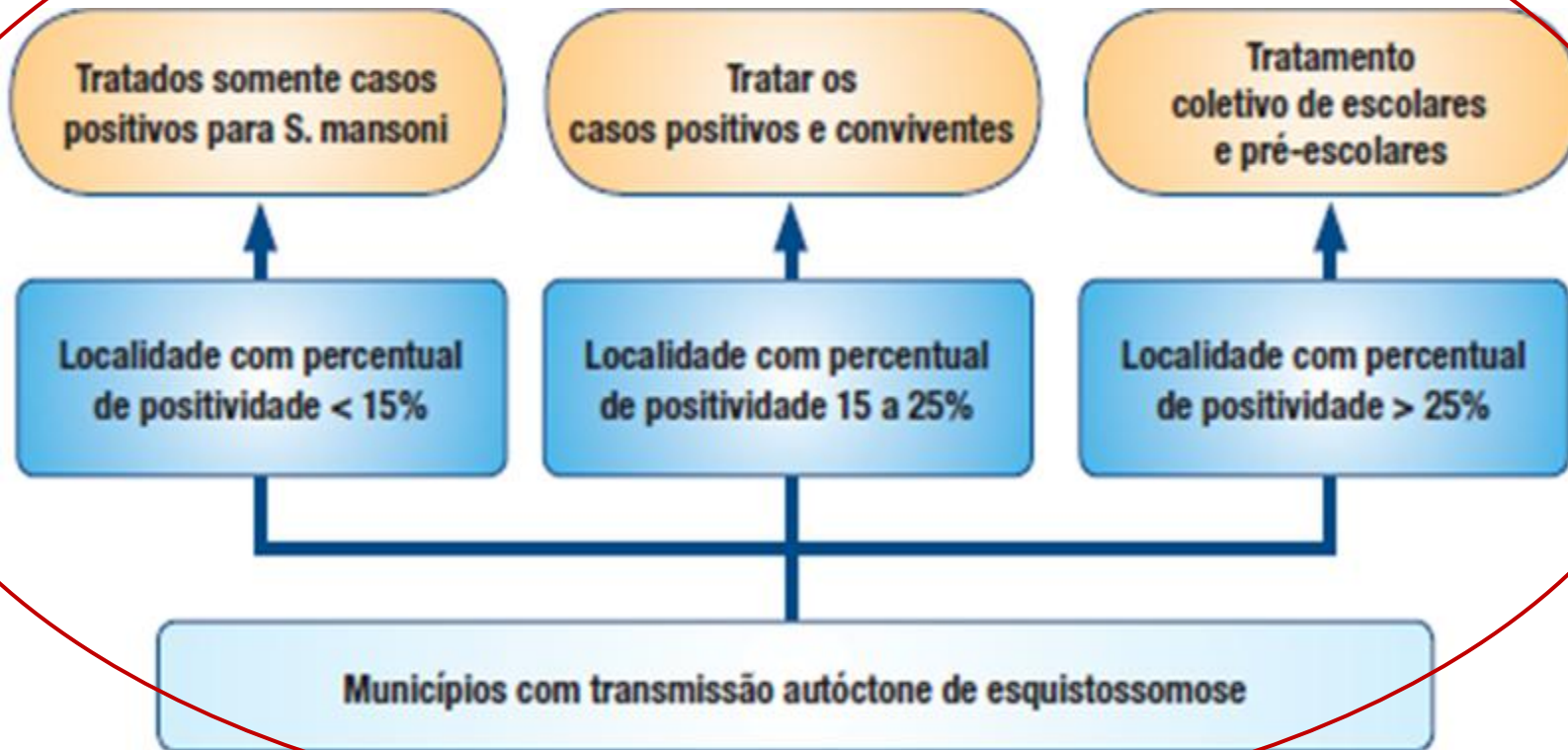


Área endêmica

Inquéritos coproscópicos: Kato-Katz - quantitativo

Nas áreas endêmicas, o registro dos dados operacionais e epidemiológicos de rotina deve ser realizado por meio do Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE).

Plano de eliminação



- Tratamento padrão *S. mansoni*: praziquantel, 40 mg/kg

Área não-endêmica

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde	SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO ESQUISTOSSOMOSE	Nº
---	---	----

CASO CONFIRMADO: todo indivíduo residente ou procedente de área endêmica para esquistossomose, com quadro clínico sugestivo das formas aguda ou crônicas de esquistossomose, história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias, e que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes.

1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10) ESQUISTOSSOMOSE B 65.9	3 Data da Notificação

Doença de notificação compulsória nas áreas não endêmicas. Entretanto, todas as formas graves detectadas na área endêmica também devem ser notificadas, bem como todos os casos diagnosticados na área endêmica com focos isolados (Ceará, Pará, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul).

Dados Complementares do Caso

Dados do Laboratório

33 Data da Coproscopia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34 Análise Quantitativa

0 - 0 (zero) 1 - 1 (um) ou mais ovos

35 Análise Qualitativa

1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado

36 OUTROS

1- positivo 2 - negativo 3-Não realizado

37 Outros exames (especificar)

Tratamento

38 Fez Tratamento?

1- Sim - Praziquantel 3 - Não
2- Sim - Oxaminiquine 9 - Ignorado

39 Data do Tratamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?

1- Contra Indicação 3 -Ausente
2 - Recusa 9 - Ignorado

41 Resultado de Análise de Verificação de Cura

0- 0 (zero) 1- 1 (um) ou mais ovos 2- Não realizado 1ªamostra 2ªamostra 3ªamostra

42 Data do Resultado da 3ª amostra

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43 Especificar Forma Clínica

1 - Intestinal 2 - Hepato Intestinal 3 - Hepato Esplênica 4 - Aguda 5- Outra (especificar) _____

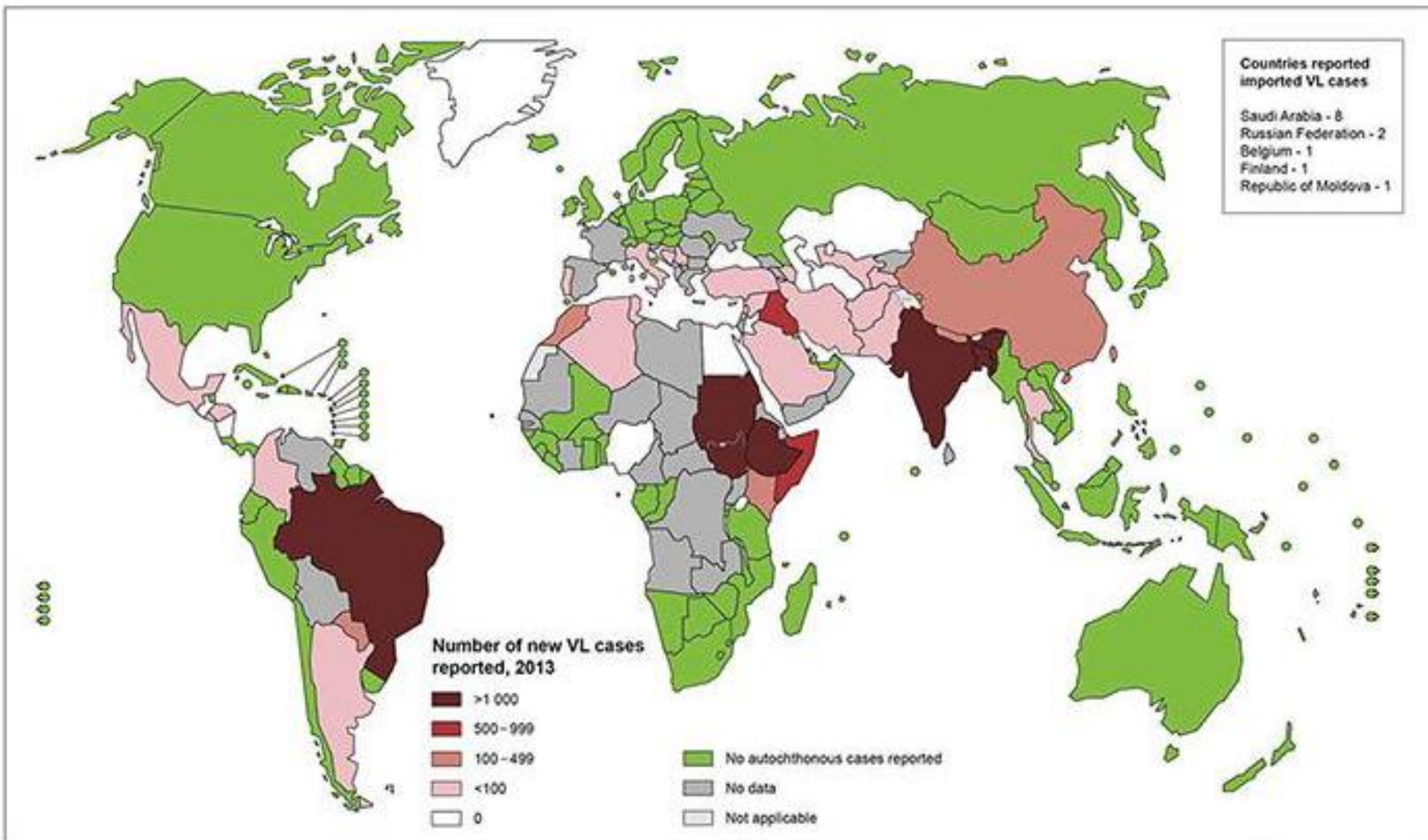
Doenças em expansão

Leishmaniose visceral

Doença emergente:

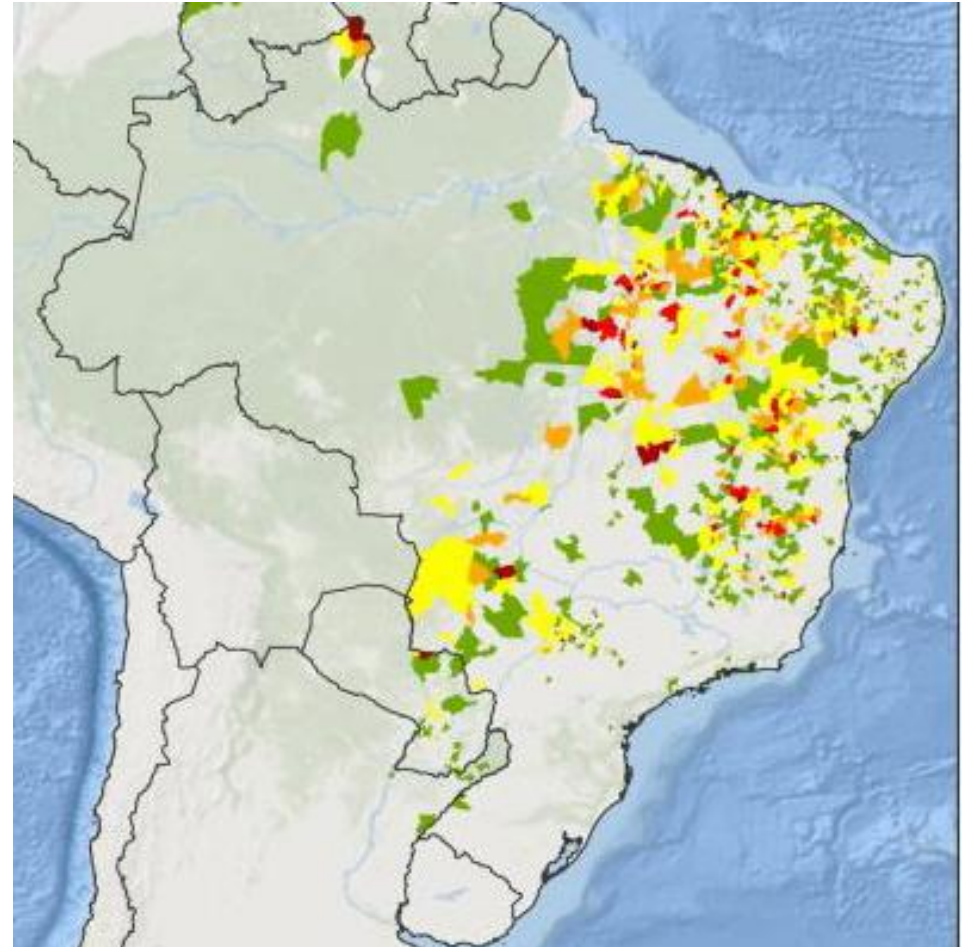
- **Urbanização**
- **Co-infecção *Leishmania/HIV***

Leishmaniose visceral no mundo

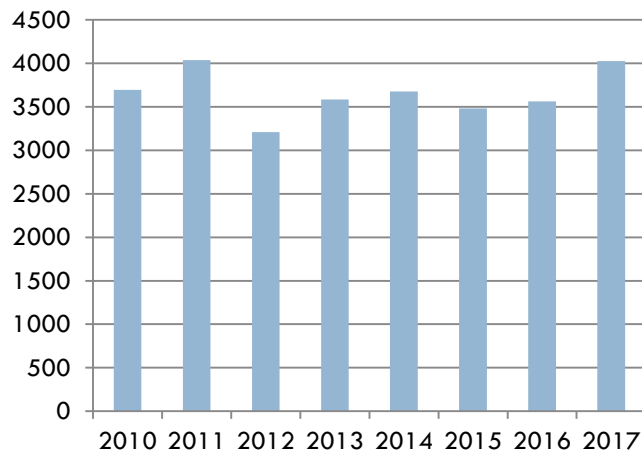


90% dos casos de LV ocorrem em 6 países: Brasil, India, Bangladesh, Sudão Sul, Etiópia

Leishmaniose visceral Brasil: incidência



n° casos



Variables	Incidence rate (per 100,000 inhabitants) ^{b,c}	Case fatality rate (%) ^b
Sex		
Male	2.19	8.82
Female	1.34	7.92
Age group (years)		
<1	9.16	9.47
1-14	3.12	3.95
15-39	1.02	8.64
40-59	1.06	16.46
60-69	0.98	23.28
≥70	0.85	43.79
Region of residence		
North	4.00	5.87
Northeast	3.82	7.91
Southeast	0.76	9.75
South	0.01	17.77
Central-West	1.96	10.40
Brazil	1.84	8.10



Co-infecção leishmania-HIV

MANUAL DE RECOMENDAÇÕES
PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM
A COINFECÇÃO *LEISHMANIA-HIV*

Aumento de 2.5% (2005) para 6.6% (2011)

Alta letalidade

Leishmaniose Visceral Recomendações clínicas para redução da letalidade

Pathog Glob Health. 2013 Mar;107(2):78-87.

As citocinas são associadas com formas graves de LV, gerando resposta inflamatória sistêmica que leva a coagulação intravascular e outras manifestações. Nas crianças a liberação de citocinas parece mais intensa (IL-6, interferon-gamma, IL1beta, IL-8, and TNF-alpha)

Fatores associados em crianças

Clinical & laboratory findings	Multivariate analysis: clinical and laboratory variables			
	Odds ratio	95% CI	p-value	β^1
Age (months)				
< 12	3.0	0.9-10.4	0.08	1.1
12 – 24	-	-	-	-
Bleeding				
1-2 sites	-	-	-	-
3-4 sites	6.1	1.5-25.9	0.01	1.8
5-6 sites	62.3	3.8-1015.3	0.004	4.1
Somnolence	-	-	-	-
Edema	3.9	0.9-16.4	0.06	1.4
Jaundice				
Dyspnea	3.0	0.8-11.3	0.10	1.1
Vomiting	-	-	-	-
Leukocytes <1,500/mm ³	-	-	-	-
Platelets < 50,000/mm ³	-	-	-	-
AST or ALT >100UK/L	12.4	3.5-44.1	<0.001	2.5

**Multivariate analysis:
clinical and laboratory variables**

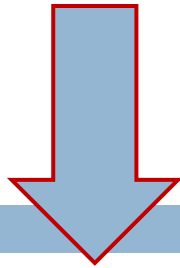
Clinical & laboratory findings	Multivariate analysis: clinical and laboratory variables			
	Odds ratio	95% CI	p-value	β^1
Bleeding				
0-1 sites	-	-	-	-
2 sites				
≥ 3 sites	5.3	0.6-45.1	0.12	1.7
HIV-1	8.6	3.4-21.6	<0.001	2.2
Edema	-	-	-	-
Jaundice	2.8	1.0-7.4	0.04	1.0
Dyspnea	2.2	0.9-5.5	0.09	0.8
Vomiting	-	-	-	-
Bacterial infection	3.3	1.2-9.6	0.03	1.2
Leukocytes <1,500/mm ³	3.6	1.4-8.9	0.006	1.3
Platelets < 50,000/mm ³	7.5	2.2-24.7	0.001	2.0
AST or ALT > 100UK/L	-	-	-	-
Renal failure ²	11.2	4.5-27.6	<0.001	2.4

Fatores
associados
em adultos



Diagnóstico diferencial

Realizar diagnóstico diferencial com enterobacteriose de curso prolongado (associação de esquistossomose com salmonela ou outra enterobactéria), malária, brucelose, febre tifoide, esquistossomose hepato-esplênica, forma aguda da doença de Chagas, linfoma, mieloma múltiplo, anemia falciforme, entre outras.



Diagnóstico parasitológico

É o diagnóstico de certeza feito pelo encontro de formas amastigotas do parasito, em material biológico obtido preferencialmente da medula óssea – por ser um procedimento mais seguro –, do linfonodo ou do baço. Este último deve ser realizado em ambiente hospitalar e em condições cirúrgicas.

Examinar o material aspirado de acordo com esta sequência: exame direto, isolamento em meio de cultura (*in vitro*), isolamento em animais suscetíveis (*in vivo*), bem como novos métodos de diagnóstico.

Atenção! Intradermorreação de Montenegro é negativa na Leishmaniose visceral!

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Nome: BRUNA SOARES

Sexo: F M Idade 22 anos Prontuário 1234

Serviço: DIP Andar: 2 Leito: 3

Origem: Internado Ambulatório Emergência

Solicitado: Patologia Clínica Anatomia Patológica Radiologia

Tipo de Exame: Exame direto (pesquisa de Leishmania)

Cultura

Dados clínicos: febre, esplenomegalia, perda de peso

Material para Exame

Sangue

Urina

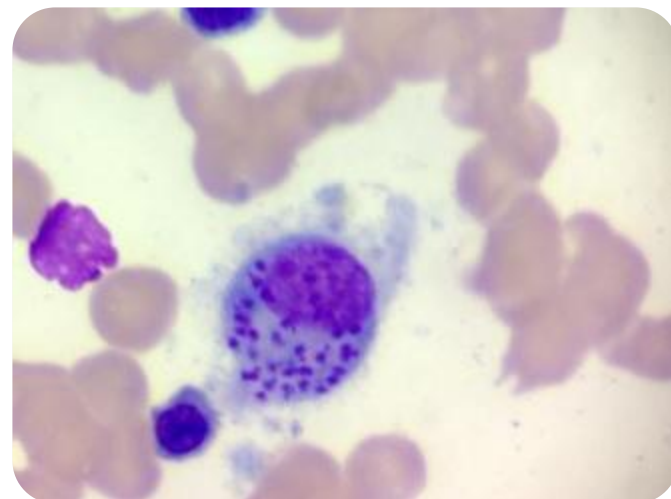
Líquido Pleural

Fezes

Líquido Ascítico

Líquor

Outros: Aspirado de medula óssea



Diagnóstico imunológico

Pesquisa de anticorpos contra *Leishmania*

- **Imunofluorescência indireta (RIFI)** – consideram-se como positivas as amostras reagentes a partir da diluição de 1:80. Nos títulos iguais a 1:40, com clínica sugestiva de LV, recomenda-se a solicitação de nova amostra em 30 dias.
- **Testes rápidos imunocromatográficos** – são considerados positivos quando a linha controle e a linha teste aparecem na fita ou plataforma (conforme Nota Técnica nº 45/UVR/CGDT/DEVEP/SVS/MS).
- **Ensaio imunoenzimático (ELISA)** – Este teste não está disponível na rede pública de saúde, no entanto, algumas unidades de saúde da rede privada utilizam *kits* de ELISA registrados e comercializados no Brasil.

- **Teste imunocromatográfico (IT LEISH®)**
- Sensibilidade de 91,9% e especificidade 92,4%.
- Caso positivo confirma com imunofluorescência (Biomanguinhos). Com sorologia positiva não é necessário fazer o isolamento do agente em cultura.

Notificação

A LV humana é uma doença de notificação compulsória, portanto, todo caso suspeito deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde, através da ficha de investigação padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEISHMANIOSE VISCERAL**

Nº

CASO SUSPEITO:

Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia.

Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação		
	LEISHMANIOSE VISCERAL		B 5 5.0					
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos Primeiros Sintomas	

Dados Clínicos

33 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Emagrecimento | <input type="checkbox"/> Aumento do Baço | <input type="checkbox"/> Aumento do Fígado |
| <input type="checkbox"/> Fraqueza | <input type="checkbox"/> Tosse e/ou diarreia | <input type="checkbox"/> Quadro infeccioso | <input type="checkbox"/> Icterícia |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

34 Co - infecção HIV

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Labor. /Class. do caso

35 Diagnóstico Parasitológico

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

36 Diagnóstico Imunológico

- 1 - Positivo IFI
 2 - Negativo Outro
 3 - Não Realizado

37 Tipo de Entrada

- 1 - Caso Novo 2 - Recidiva
 3-Transferência 9- Ignorado

Tratamento

38 Data do Início do Tratamento

--	--	--	--	--	--	--	--

39 Droga Inicial Administrada

- 1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 5 - Outras
 2 - Anfotericina b 4 - Anfotericina b lipossomal 6 - Não Utilizada

40

Peso _____ Kg

41 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb⁺⁵

- 1-Maior ou igual a 10 e menor que 15
 2-Maior ou igual a 15 e menor que 20
 3-Maior ou igual a 20

42 N° Total de Ampolas Prescritas

--	--	--	--	--	--	--	--

Ampolas

43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial

- 1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica

Caso confirmado

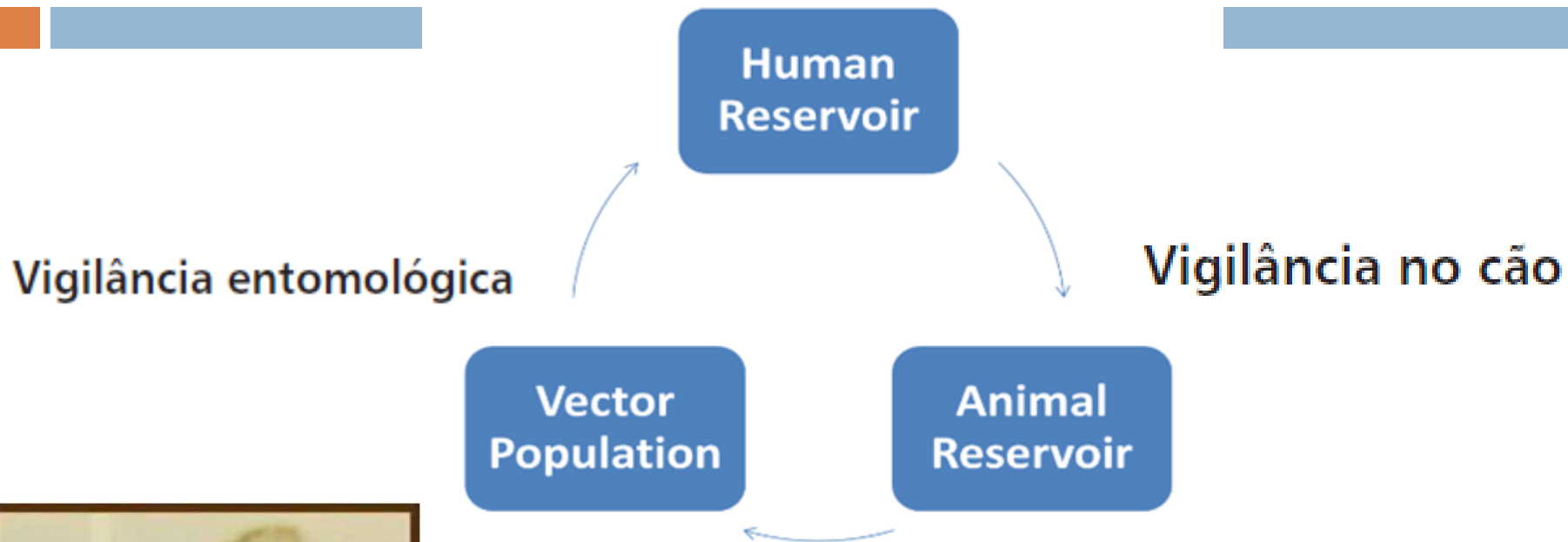
- **Critério laboratorial** – a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher no mínimo um dos seguintes critérios:
 - encontro do parasito no exame parasitológico direto ou cultura;
 - teste imunocromatográfico rápido (k39) positivo;
 - imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.
- **Critério clínico-epidemiológico** – paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento terapêutico.

45

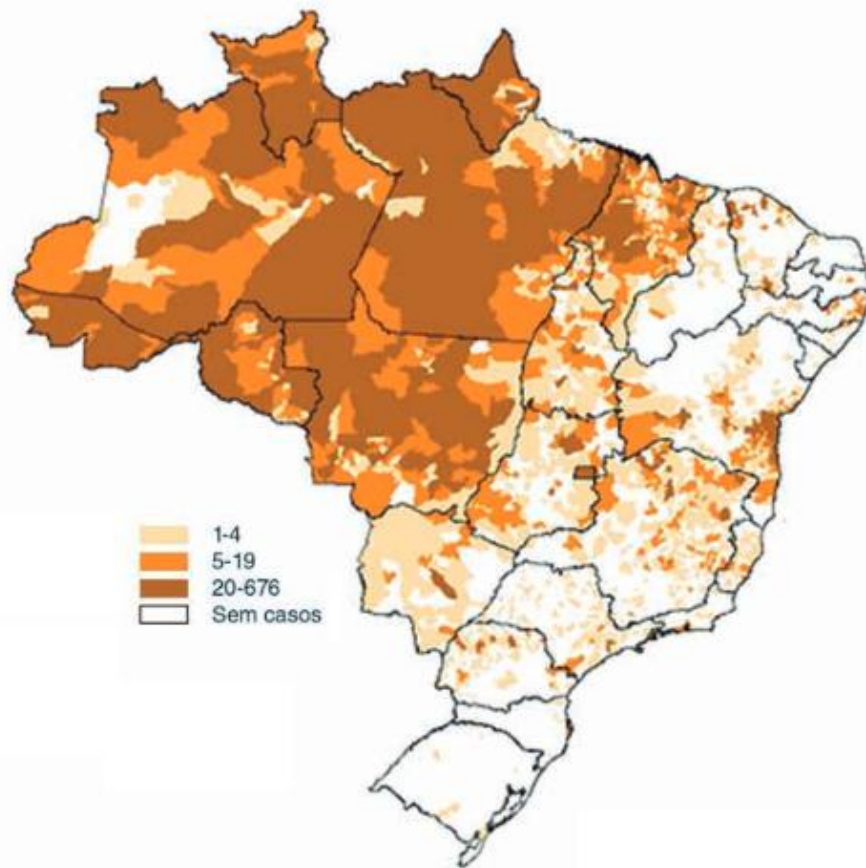
Critério de Confirmação

1 - Laboratorial 2 -Clinico-Epidemiologico

Prevenção e controle



Leishmaniose tegumentar



Dois terços dos casos da forma cutânea ocorrem em 6 países: Afeganistão, Argélia, Brasil, Colombia, Irã e Síria

Cerca de 90% dos casos da forma mucocutânea: Bolívia, Brasil, Etiópia and Peru

LTA
casos por municípios

- A partir de 2003, autoctonia todos os estados
- Co-infecção Leishmania/HIV

Leishmaniose tegumentar

□ Diagnóstico diferencial: PLECT



Leishmaniose tegumentar

□ Diagnóstico diferencial: PLECT



Paracoccidioidomycose



Leishmaniose



Esporotricose



Tuberculose

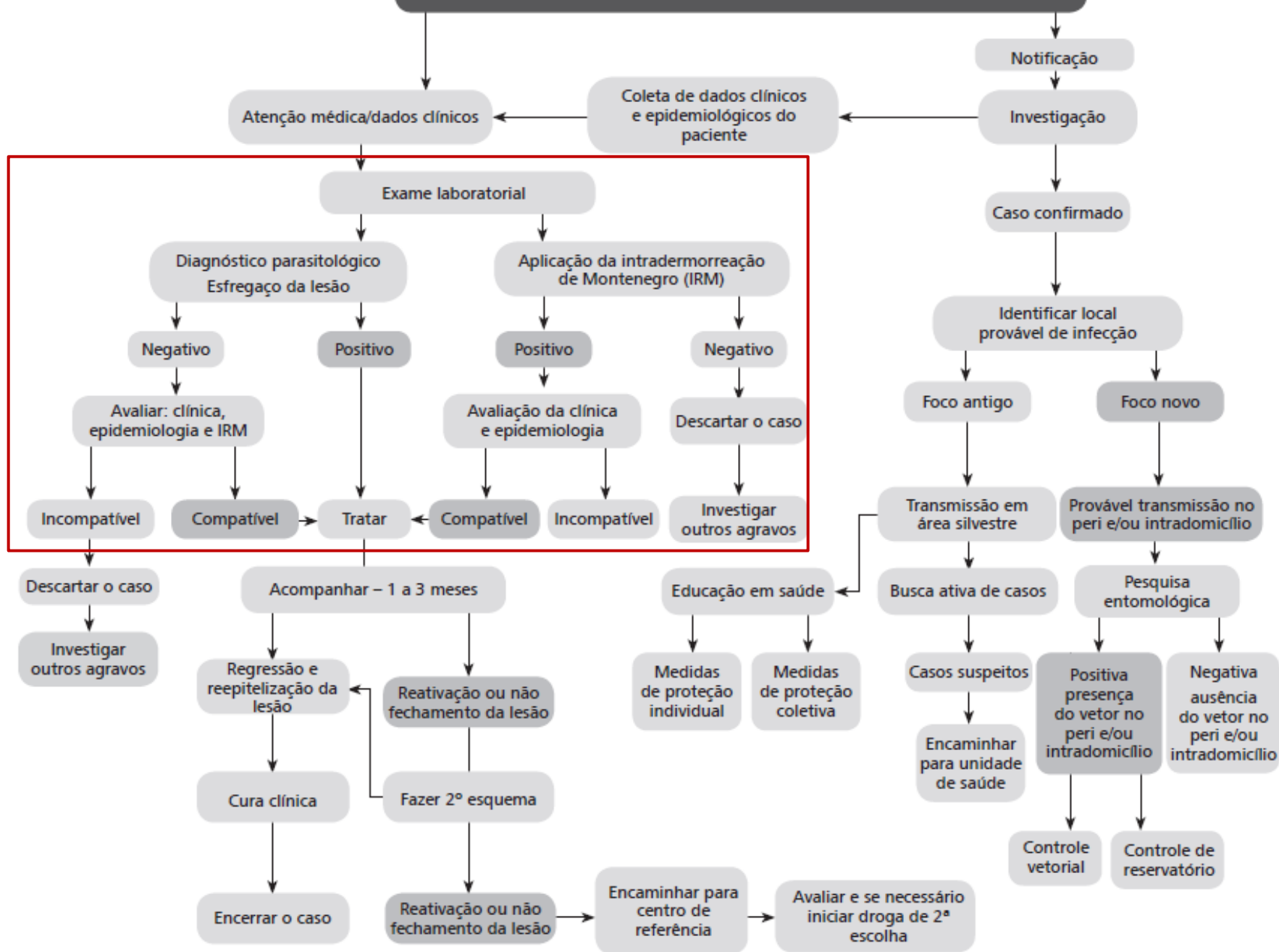


Cromomicose



Carcinoma espinocelular

Caso confirmado de leishmaniose cutânea



Leishmaniose tegumentar americana - LTA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**

CASO CONFIRMADO:

Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		B 5 5. 1						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)			
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7	Data do Diagnóstico		

Dados Complementares do Caso

Antec.
Epidem.

31 Data da Investigação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

32 Ocupação

Dados Clínicos

33 Presença de Lesão

1 - Sim 2 - Não

Cutânea
 Mucosa

34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa,
Há Presença de Cicatrizes Cutâneas

1 - Sim 2 - Não

35 Co-infecção HIV

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Labor.

36 Parasitológico Direto

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

37 IRM

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado

38 Histopatologia

1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível
3 - Não Compatível 4 - Não Realizado

Clas.
Caso

39 Tipo de Entrada

1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado

40 Forma Clínica

1 - Cutânea 2 - Mucosa 9- Ignorado

Tatamento

41 Data do Início do Tratamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

42 Droga Inicial Administrada

1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada

43 Peso

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kg

44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb⁺⁵

1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - igual a 15
4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20

45 Nº Total de Ampolas Prescritas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ampolas

46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial

1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica

Referências

Gyuiia de vigilância volume 3

Capítulo 8 | 475

Doença de Chagas | 477

Leishmaniose Tegumentar Americana | 499

Leishmaniose Visceral | 515

Malária | 535

Capítulo 9 | 565

Esquistossomose Mansonii | 567

Geo-Helminthíases | 577

Tracoma | 583

Filariose linfática | 593