

RELATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR EM SANTA CATARINA

Identificação	1. Data do primeiro atendimento: ____/____/____		2. Número do registro: _____													
	3. Nome do paciente: _____		4. Idade: _____													
	5. Data de nascimento: ____/____/____		6. Ocupação: _____													
	7. Naturalidade: _____		8. Telefone para contato: (____) _____-_____													
	9. Município de moradia: _____															
	10. Bairro: _____		11. Tempo de moradia: _____													
	12. Houve deslocamento dentro ou fora do Estado antes de aparecer a doença? () Sim () Não (em caso afirmativo, preencha o quadro abaixo)															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Estado / Município / Localidade</th> <th style="width: 25%;">Data aproximada</th> <th style="width: 25%;">Tempo de permanência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Estado / Município / Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência		____/____/____			____/____/____			____/____/____	
	Estado / Município / Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência													
		____/____/____														
	____/____/____															
	____/____/____															

História epidemiológica	13. Características do local de moradia ou área de permanência recente	
	- É próximo à mata? () Sim () Não	
	- Há rios ou cachoeiras por perto? () Sim () Não	
	- Há animais domésticos ou silvestres? () Sim () Não Qual (is)? _____	
	- Há algum animal doente ou com ferida? () Sim () Não () Não sabe Qual (is)? _____	
	- Presença de bananeiras? () Sim () Não () Outras plantações: _____	

Informações clínicas	14. Queixa principal: () Aparecimento da lesão () Trauma seguido de lesão () Dor () Prurido												
	15. Tempo de evolução desde o início do quadro: _____												
	16. Tratamentos efetuados até agora: _____												
	17. É o primeiro episódio de LTA? () Sim () Não - Local e data de onde foi feito o tratamento: _____												
	18. Outros: _____												
	19. História patológica pregressa:												
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>() Diabetes</td> <td>() Hipertensão arterial</td> <td>() Cardiopatia</td> <td>() Hepatite</td> </tr> <tr> <td>() Doença reumática</td> <td>() Tuberculose</td> <td>() AIDS</td> <td>() Doença renal</td> </tr> <tr> <td>() _____</td> <td>() _____</td> <td>() _____</td> <td>() _____</td> </tr> </table>		() Diabetes	() Hipertensão arterial	() Cardiopatia	() Hepatite	() Doença reumática	() Tuberculose	() AIDS	() Doença renal	() _____	() _____	() _____
() Diabetes	() Hipertensão arterial	() Cardiopatia	() Hepatite										
() Doença reumática	() Tuberculose	() AIDS	() Doença renal										
() _____	() _____	() _____	() _____										
20. História social:													
- Uso de bebida alcoólica? () Sim () Não - Tipo de uso: () Frequente () Esporádico () Raro													
- Uso de drogas? () Cigarro () Maconha () Cocaína inalatória () Drogas IV () Outra													

Exame clínico

21. PA: _____ 22. Peso: _____ 23. Altura: _____

Pele e mucosas

24. Descreva o aspecto da lesão principal: (formato, bordas, fundo, exsudato, eritema, enduração, tamanho)

25. Número total de lesões: () 1 () 2 () 3 () Mais que três - Quantas: _____

26. Tipo de lesões:

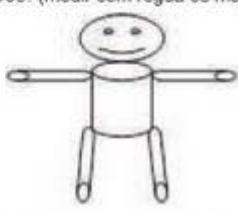
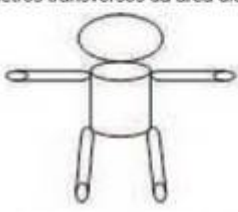
() Ulcerosa	() Úlcero-vegetante	() Placa	() Papulosa
() Nodular	() Cicatricial	() _____	() _____

27. Localização:

() Cabeça	() Pescoço	() Tórax	() Abdome
() MSE	() MSD	() MIE	() MID

Lesão abaixo do joelho? () Sim () Não Outra: _____

28. Tamanho das lesões: (medir com régua os maiores diâmetros transversos da área ulcerada) _____ x _____ mm

29. Infecção secundária? () Sim () Não 30. Gânglio satélite? () Sim () Não

31. Linfangite? (visível ou palpável) () Sim () Não 32. NóduloSC? () Sim () Não

33. Presença de lesão mucosa? () Sim () Não - () Nariz () Palato () Laringe () _____

34. Fez avaliação do otorrino pré-tratamento? () Sim () Não
Descrição: _____

35. Aparelho circulatório: () Não examinado () Normal () Alterado
O quê? _____

36. Aparelho respiratório: () Não examinado () Normal () Alterado
O quê? _____

37. Abdome: () Não examinado () Normal () Hepatomegalia () Esplenomegalia () _____

38. Neurológico: () Não examinado () Normal () Alterado
O quê? _____

Diagnóstico laboratorial

Exame	Data	Resultado	Observação
39. Teste de Montenegro	____/____/____		
40. Raspado	____/____/____		
41. Histopatológico	____/____/____		
42. Imprint	____/____/____		
43. PCR	____/____/____		

OBS.: Nos casos suspeitos de lesões mucosas, acrescentar: Parecer do otorrino, VDRL, PPD, RX de tórax, Sorologia para Paracoccidioidomicose (LACEN).

Diagnóstico laboratorial	Exames para controle do Glucantime				
	Exame	Pré-tratamento	1º Controle ____/____/____	2º Controle ____/____/____	3º Controle ____/____/____
	44. Hemácias				
	45. Hemoglobina				
	46. Hematócrito				
	47. Leucócitos				
	48. Bastões				
	49. Segmentados				
	50. Eosinófilos				
	51. Linfócitos				
	52. Monócitos				
	53. Plaquetas				
	54. TGO				
	55. TGP				
	56. Bilirrubina				
	57. Uréia				
	58. Creatina				
	59. Potássio				
	60. Glicose				
	61. Amilase				
	62. Lipase				
	63. ECG (intervalo QTc)				
	64. VHS				
	65. _____				
	66. _____				
	67. Diagnóstico confirmado? () Sim () Não				
	68. Confirmação parasitológica? () Sim () Não - Método(s): _____				

Conduta terapêutica	<p>Até a confirmação diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar a lesão com água e sabão de côco. Usar Dersani® (opcional); curativos diários; - Tratar a infecção secundária com antibiótico se houver dor, exudato purulento abundante ou sinais flogísticos; - Utilizar soro fisiológico nasal (preferencialmente morno) 4 a 6x ao dia em caso de lesão mucosa;
	<p>Após a confirmação diagnóstica:</p> <p>- Glucantime® (antimoniato de meglumina) na dose de 10mg de Sb⁵⁺/ kg / dia, durante 20 dias consecutivos, por via IM ou IV (diluído em 100 ml de água destilada em 15 min no microgotas). <i>Cada ampola contém 5ml do antimonioato com 405mg de Sb⁵⁺ ou 81mgSb⁵⁺/ml. Não ultrapassar 3 ampolas/dia.</i></p> <p>69. Data de início do tratamento: ____/____/____ 70. Peso do doente: _____Kg</p>

Controle de cura	71. 1ª Revisão - 10º dia de tratamento	Data: ____/____/____
	- Verificar a tolerância ao Glucantime e efeitos adversos; - Solicitar rotina de exames de controle para coleta ao final do tratamento; - Se necessário realizar ECG para medir o intervalo QTc; (cálculo do QTc= QT/\sqrt{RR})	
	72. 2ª Revisão - Final das aplicações de Glucantime	Data: ____/____/____
	- Verificar a tolerância ao Glucantime e efeitos adversos: (assinalar abaixo) <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Mialgia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Artralgia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rigidez muscular</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Astenia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Hiporexia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Náusea</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Vômito</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dor abdominal</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Palpitações</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Tontura</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Febre</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cefaléia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dor local</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prurido local</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rash</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Herpes zoster</div> </div> - Alteração laboratorial: (especificar) _____ - Alteração eletrocardiográfica: (especificar) _____ - Suspensão da medicação: (motivo) _____ - Outras: (especificar) _____	
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div>		
	73. 3ª Revisão - 1 mês após o Glucantime	Data: ____/____/____
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div>		
	74. 4ª Revisão - 3 meses após o Glucantime	Data: ____/____/____
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div> - Obstrução nasal ou queixas relacionadas: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
Constatada cura clínica sem recidivas ou sem lesões mucosas? (SIM) = ALTA		

76. 5ª Revisão - 6 meses após o Glucantime

Data: ____/____/____

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: () Completa () Incompleta - Medir: _____ x _____ mm
- Distribuição do eritema: () Ausente () Borda () Centro da cicatriz () Borda e centro
- Localização da induração: () Ausente () Apenas na borda () Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
- () Ausente () Linfangite () Gânglio
- () NóduloSC () Pápulas perilesionais () Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: () Presente () Ausente
- Solicitar exame otorrinolaringológico

77. 6ª Revisão - 1 ano após o Glucantime

Data: ____/____/____

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: () Completa () Incompleta - Medir: _____ x _____ mm
- Distribuição do eritema: () Ausente () Borda () Centro da cicatriz () Borda e centro
- Localização da induração: () Ausente () Apenas na borda () Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
- () Ausente () Linfangite () Gânglio
- () NóduloSC () Pápulas perilesionais () Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: () Presente () Ausente
- Solicitar exame otorrinolaringológico

78. 7ª Revisão - 2 anos após o Glucantime

Data: ____/____/____

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: () Completa () Incompleta - Medir: _____ x _____ mm
- Distribuição do eritema: () Ausente () Borda () Centro da cicatriz () Borda e centro
- Localização da induração: () Ausente () Apenas na borda () Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
- () Ausente () Linfangite () Gânglio
- () NóduloSC () Pápulas perilesionais () Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: () Presente () Ausente

Obs.: Caso haja indicação de novo tratamento ou dúvida em relação à cura clínica, encaminhar o paciente para o ambulatório de referência em leishmaniose, Dra. Renata - Hospital Nereu Ramos – Florianópolis.