



Nº IDENTIFICADOR

 1 - SINAN  2 - GAL

# FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

## LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

**DEFINIÇÃO DE CASOS:** Conforme estabelecido no Protocolo Estadual de Leishmaniose Visceral Canino.

**LINK:** <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/notas-tecnicas/notas-tecnicas-2025/NT03-03.2025.pdf>

PESSOAL	<b>Nome completo*</b> (Campo de escrita aberta para preenchimento do nome do cão)		
	<b>Nome Social</b> (nome do proprietário/ tutor/responsável ou estabelecimento privado ou público que tem a posse do animal no momento da investigação)		
	<b>Sexo ao nascimento*</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>Idade</b> ____ <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses	<b>Data de nascimento</b> / /
	<b>Identificador do caso</b> (Pode ser preenchido o número do SINAN ou número do cadastro do exame no GAL)		<b>Usuário atribuído</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>Tipo de endereço*</b> <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Endereço anterior <input type="checkbox"/> Outros	<b>Número de telefone*</b> (telefone do proprietário/tutor/responsável ou estabelecimento privado ou público que tem a posse do animal no momento da investigação)	
	<b>Local*</b>	<b>Bairro*</b>	<b>CEP</b>
<b>Logradouro com número*</b> (rua, avenida...)			

EPIDEMIOLOGIA	<b>Classificação*</b> <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Descartado	<b>Data de conclusão da investigação</b> / /	<b>Evolução clínica</b> <input type="checkbox"/> Eutanásia <input type="checkbox"/> Óbito pelo agravo notificado <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Ignorado
	<b>Data da evolução clínica</b> / /	<b>Data de notificação*</b> / /	
	<b>Situação ao final do acompanhamento</b> <input type="checkbox"/> Em acompanhamento <input type="checkbox"/> Acompanhamento concluído <input type="checkbox"/> Perda de seguimento <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferido para outro município		

LEGENDA

Todos os campos com \* são obrigatórios

Todos os campos com \*\* são obrigatórios quando condicionada a uma resposta afirmativa anterior

**DADOS DE NOTIFICAÇÃO**

<b>1) Data da investigação</b> (Informar a data da primeira visita)* / /		<b>2) Município/UF de notificação</b> <input type="checkbox"/> Santa Catarina	
<b>2.1.1) Qual município?</b>		<b>3) Unidade notificadora</b>	<b>4) Tipo de entrada</b> <input type="checkbox"/> Inquérito amostral <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Busca Ativa

**NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL ANIMAL**

<b>5) Município/UF de nascimento*</b> <input type="checkbox"/> Santa Catarina <input type="checkbox"/> Outra UF <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>5.1.1) Qual município?</b>		<b>6) Tipo de pelagem*</b> <input type="checkbox"/> Curta <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Longa	
<b>7) Cor da pelagem</b>		<b>8) Raça</b>		<b>9) Microchip*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>9.1.1) Número do Chip</b>	<b>10) Tem proprietário/tutor/responsável?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>10.1.1) Nome do proprietário/tutor/responsável**</b>		
<b>10.1.2) Número do documento do tutor responsável</b>		<b>10.1.3) Tipo de documento</b> <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Outro			

**DADOS DE RESIDÊNCIA**

<b>11) Situação de moradia*</b> <input type="checkbox"/> Domiciliado <input type="checkbox"/> Errante <input type="checkbox"/> Abrigo temporário <input type="checkbox"/> Canil <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>11.1.1) Especifique outra situação de moradia</b>			
<b>12) O município de residência do caso canino é diferente do município notificador?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>12.1.1) Qual município?</b>		<b>13) Latitude*</b>	<b>14) Longitude*</b>
<b>15) Tipo de área</b> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Terra Indígena <input type="checkbox"/> Assentamento <input type="checkbox"/> Silvestre			<b>16) Tempo de residência no atual endereço</b>		

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

<b>17) Animal sintomático?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>17.1) Sinais e sintomas apresentados</b> <input type="checkbox"/> Onicogribose <input type="checkbox"/> Descamação (Olhos ou Orelhas) <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Ceratoconjuntivite <input type="checkbox"/> Aumento de linfonodos <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos <input type="checkbox"/> Edema de patas <input type="checkbox"/> Paresia de patas posteriores <input type="checkbox"/> Outros			
<b>17.1.1.1) Quais outros sintomas?</b>			<b>18) Vacina LVC (Leishmaniose Visceral Canina)?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>19) Animal castrado?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>20) Teve filhotes?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>20.1) É conhecido o número de filhotes?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
		<b>20.1.1.1) Número de filhotes**</b>			

NOTIFICAÇÃO

INVESTIGAÇÃO DE LVC

LEGENDA      Todos os campos com \* são obrigatórios      Todos os campos com \*\* são obrigatórios quando condicionada a uma resposta afirmativa anterior

**GENEALOGIA**

<b>21) Genitor vivo?*</b> <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>2.1.1) Caso selecionar "Pai e/ou Mãe". Qual genitor está vivo?*</b> <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	<b>21.1.1.1) Reside no mesmo endereço do pai?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>21.1.1.1) Reside no mesmo endereço da mãe?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>22) Tem irmãos?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>22.1.1) O número de irmãos machos é conhecido?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>22.1.1.1) Número de irmãos machos**</b>	
<b>22.1.2) O número de irmãs fêmeas é conhecido?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>22.1.2.1) Número de irmãs fêmeas**</b>	
<b>22.1.3) A condição clínica dos irmãos é conhecida?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>22.1.3.1) É conhecido o número de irmãos sadios?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>22.1.3.1.1) Número de irmãos sadios**</b>	<b>22.1.3.1.2) É conhecido o número de irmãos suspeitos?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>22.1.3.1.2.1) Número de irmãos suspeitos**</b>	

**CONVIVENTES**

<b>23. Convive com outros cães?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>23.1.1. Número de conviventes fêmeas**</b>	<b>23.1.2. Número de conviventes machos**</b>	<b>23.1.3) Tem conviventes consanguíneos?***</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>23.1.3.1.1) Número de conviventes consanguíneos*</b>	<b>23.1.4) Tempo aproximado de convivência no mesmo endereço**</b> <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos		<b>23.1.4.1) Quantos anos/dias/meses ou horas?***</b>
<b>23.1.5) Condição clínica dos cães conviventes*</b> <input type="checkbox"/> Sadio(s) <input type="checkbox"/> Suspeito(s) <input type="checkbox"/> Não avaliado		<b>23.1.5.1) Número de sadios**</b>	<b>23.1.5.1.1) Número de suspeitos**</b>

**DADOS LABORATORIAIS**

<b>24) Coleta de amostra*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>24.1.1) Tipo de amostra**</b> <input type="checkbox"/> Sangue/soro/plasma <input type="checkbox"/> Aspirado de Linfonodo/Medula Óssea <input type="checkbox"/> Fragmento de Pele <input type="checkbox"/> Outro	<b>24.1.1.1) Especifique outro tipo de amostra*</b>	<b>24.1.2) Metodologia**</b> <input type="checkbox"/> Teste imunocromatográfico (DPP) <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Parasitológico
<b>24.1.2.1.1) Qual data da coleta (Teste imunocromatográfico (DPP))?*</b> / /	<b>24.1.2.1.2) Qual resultado (Teste imunocromatográfico (DPP))?</b> <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em análise <input type="checkbox"/> Não realizado		<b>24.1.2.1.2.1) Data do diagnóstico:**</b> / /
<b>24.1.2.1.1) Qual data da coleta (ELISA)?*</b> / /	<b>24.1.2.1.2) Qual resultado (ELISA)?**</b> <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em análise <input type="checkbox"/> Não realizado		<b>24.1.2.1.2.1) Data do diagnóstico:**</b> / /
<b>24.1.2.1.1) Qual data da coleta (PCR)?*</b> / /	<b>24.1.2.1.2) Qual resultado (PCR)?**</b> <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Não realizado		<b>24.1.2.1.2.1) Data do diagnóstico:**</b> / /
<b>24.1.2.1.1) Qual data da coleta (Parasitológico)?*</b> / /	<b>24.1.2.1.2) Qual resultado (Parasitológico)?**</b> <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Não realizado		<b>24.1.2.1.2.1) Data do diagnóstico:**</b> / /
<b>24.1.3) Houve caracterização da <i>Leishmania infantum</i>?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

## HISTÓRICO EPIDEMIOLÓGICO

<b>25) O animal esteve em outro município antes do aparecimento dos sintomas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>25.1) Para qual (is) país (es) **</b> <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Outro país	<b>25.1.1.1) Qual(is) UF(s)?**</b> <input type="checkbox"/> Santa catarina <input type="checkbox"/> Outra UF
<b>25.1.1.1.1) Qual(is) município(s) de SC? **</b>	<b>25.1.1.1.1) Especifique qual(is) UF(s) **</b>	
<b>25.1.1.1.2) Qual(is) município(s), fora de SC? **</b>	<b>25.1.1.1) Qual(is) outro (s) país(es) ?*</b>	
<b>25.1.2) Descreva a(s) data(s) de ida</b>	<b>25.1.3) Tempo de permanência</b> (especificar em horas, dias, semanas, meses ou anos)	

<b>26) Características da residência e entorno</b> <input type="checkbox"/> Presença de bananeiras <input type="checkbox"/> Presença de galinheiros <input type="checkbox"/> Presença de cursos d'água (cachoeiras, rios, lagoas, etc) <input type="checkbox"/> Quintal sombreado e/ou úmido <input type="checkbox"/> Janelas/portas teladas <input type="checkbox"/> Presença de canil <input type="checkbox"/> Outros	<b>26.1) Especifique outros</b>
--	---------------------------------

## LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO

<b>27) Caso autóctone do município de residência?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Importado	<b>28) Investigação entomológica?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
---	---

## EVOLUÇÃO

<b>29) Tratamento para LVC (leishmaniose visceral canina)?*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>29.1) Especificar tratamento (drogas utilizadas)**</b>
<b>29.1.2) Data do início do tratamento**</b>  <div style="text-align: center;">/       /</div>	<b>29.1.3) CRMV do responsável pelo tratamento</b>

## OBSERVAÇÕES E ANEXOS

**30) Observações**

---



---



---



---



---

**31) Inserir anexos (fotos)** (No formulário digital)

**32) Inserir anexos (documentos)** (No formulário digital)

INVESTIGAÇÃO DE LVC (LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA)

**LEGENDA**

Todos os campos com \* são obrigatórios

Todos os campos com \*\* são obrigatórios quando condicionada a uma resposta afirmativa anterior