

CONTROLE DE CURA

1) Final do tratamento

Data: ____/____/____

Epitelização: total parcial

Eritema: sim não

Otorrino: NR normal lesão

Induração: sim não

2) 1 mês pós-tratamento

Data: ____/____/____

Epitelização: total parcial

Eritema: sim não

Otorrino: NR normal lesão

Induração: sim não

3) 3 meses pós-tratamento

Data: ____/____/____

Epitelização: total parcial

Eritema: sim não

Otorrino: NR normal lesão

Induração: sim não

4) 6 meses pós-tratamento

Data: ____/____/____

Epitelização: total parcial

Eritema: sim não

Otorrino: NR normal lesão

Induração: sim não

5) 1 Ano pós-tratamento

Data: ____/____/____

Epitelização: total parcial

Eritema: sim não

Otorrino: NR normal lesão

Induração: sim não

DATA DA ALTA: ____/____/____

Cura abandono

CONTROLE DE APLICAÇÃO DO GLUCANTIME

DIA	Data Apl.	EA	DIA	Data Apl.	EA
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

EVENTOS ADVERSOS (EA)

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1 - Dor muscular | 8 - Dor de cabeça |
| 2 - Moleza no corpo | 9 - Perda de apetite |
| 3 - Dor articular | 10 - Enjoo |
| 4 - Febre | 11 - Vômito |
| 5 - Dor abdominal | 12 - Tontura |
| 6 - Palpitações | 13 - Coceira no corpo |
| 7 - Alteração do ECG | 14 - Outros _____ |

CARTÃO PARA O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA



IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL PROVÁVEL INFECÇÃO (LPI): _____

APRESENTE SEMPRE NAS UNIDADES DE SAÚDE EM QUE FOR ATENDIDO



RECOMENDAÇÕES

- **Não é recomendado** o uso de cremes ou pomadas;
- **Evitar usar esparadrapo** – usar atadura de crepom;
- **Evitar ingerir bebidas alcóolicas** durante o tratamento;
- **Mulheres grávidas e pessoas com mais de 50 anos, não devem usar Glucantime®.**

Os cuidados gerais com a ferida são importantes para evitar infecções secundárias.

CUIDADOS COM A LESÃO CUTÂNEA

Lavar a lesão com água e sabão de coco **uma vez ao dia**, preferencialmente na hora do banho; Retirar as crostas que soltarem; Manter esses cuidados até a cicatrização completa da lesão.

CUIDADOS COM A LESÃO MUCOSA

Aplicar **Soro Fisiológico no nariz 3 a 4 vezes ao dia**. **Nunca remover as crostas** com o dedo ou objetos introduzidos no nariz. Manter esses cuidados mesmo depois do tratamento.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE SAÚDE

- HIV
- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Varizes dos membros inferiores
- Outras:

FORMA CLÍNICA

- Cutânea
- Mucosa
- Cutânea e Mucosa

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

IDRM: _____mm [] não realizado

Histopatológico: [] não realizado [] compatível (+)
[] compatível (-) [] não compatível

PCR: [] positivo [] negativo [] não realizado

Raspado/imprint: [] positivo [] negativo
[] não realizado

EXAMES INICIAIS PRÉ-TRATAMENTO

Data: ____/____/____

Exames	Resultados
Htc/leucoc	
Plaquetas	
TGO/TGP	
Ureia/Cr	
Amilase	
ECG/QTc	

TRATAMENTO

PESO: _____ Kg

MEDICAMENTO: _____

DOSE PRESCRITA (mgSb5+): _____

QUANTIDADE (mL): _____

TIPO DE APLICAÇÃO: endovenosa
 intramuscular
 intralesional

DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

Tipo de lesão: ulcerosa;
 úlcero-vegetante;
 verrucosa;
 placa;
 papulosa;
 nodular;
 cicatricial.

Tamanho da lesão - maior: ____X ____ mm

Número de lesões: _____

Local da lesão:

• **Cutânea:**

- cabeça pescoço tórax abdômen
- MSE MSD MIE MID

Lesão abaixo do joelho? SIM NÃO

Outra: _____

• **Mucosa:**

- nariz palato laringe

OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Unidade de Saúde	Assinatura do responsável pelo preenchimento:
Carimbo da Unidade de Saúde	