



# Ficha de Investigação

## Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

Investigation File - American Tegumentary Leishmaniasis/  
 Hoja de investigación - Leishmaniosis Tegumentaria Americana/  
 Fiche d'enquête - Leishmaniose Tégumentaire Américaine

### IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN / IDENTIFICATION

NOME/NAME/NOMBRE/NOM: .....

IDADE/AGE/AÑOS/ÂGE: ..... GÊNERO/GENDER/GÉNERO/GENRE: .....

NATURALIDADE/BIRTH PLACE/  
 LUGAR DE NACIMIENTO/LIEU DE NAISSANCE: .....

OCUPAÇÃO/PROFESSION/PROFESION/PROFESSION: .....

ENDEREÇO/ADDRESS IN BRAZIL/  
 DIRECCIÓN EN BRASIL/ADRESSE AU BRÉSIL: .....

.....

TELEFONE DE CONTATO/TELEPHONE NUMBER/  
 NÚMERO DE TELÉFONO/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: .....

### EPIDEMIOLOGIA

1. De que país o (a) senhor (a) vem? .....

2. Quando chegou ao Brasil ? .....

3. O (A) senhor (a) passou por outros Países/ Estados /Municípios antes de chegar a Santa Catarina? Se sim, por quais cidades? Quando? E por quanto tempo? .....

.....

4. O (A) senhor (a) teve contato ou permaneceu em alguma região próxima à área de mata anteriormente ao surgimento da (s) lesão (ões)?  
SIM ( ) Para qual (is) cidade (s) ? Quando? E por quanto tempo?

Estado/Município/Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência	Atividade exercida
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NÃO ( )

5. O (A) senhor (a) e sua família possuem residência fixa ou residem temporariamente em região próxima à área de mata? SIM ( ) NÃO ( )

6. Há rios ou cachoeiras próximos ao local de residência e/ou trabalho?  
SIM ( ) NÃO ( )

7. Há presença de bananeiras no local? SIM ( ) NÃO ( )

Outras plantações: .....

8. Há animais domésticos ou silvestres? SIM ( ) NÃO ( )

Qual (is) ? .....

9. Há algum animal doente ou com feridas?

SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SABE ( ) Qual (is) ? .....

## DADOS CLÍNICOS

1. O (A) senhor (a) tem algum destes sintomas?

[ ] aparecimento da lesão; [ ] trauma seguido de lesão;

[ ] dor; [ ] prurido.

2. Como surgiu a lesão? .....

3. Quanto tempo de evolução desde o início do surgimento da (s) lesão (ões)?  
.....

4. Tratamentos para essa doença recebidos até o momento?  
.....

5. Já foi diagnosticado com LTA anteriormente? SIM ( ) NÃO ( )  
Local e data do tratamento anterior: .....

6. O (A) senhor (a) já teve outros problemas de saúde anteriores a essa internação? Se sim, quais doenças já teve? Quando?  
[ ] diabetes; [ ] doenças reumáticas; [ ] hipertensão arterial;  
[ ] tuberculose; [ ] AIDS; [ ] hepatite; [ ] doença renal;  
[ ] ..... ; [ ] ..... ; .....

7. Outras pessoas da família apresentaram sintomas semelhantes aos seus recentemente? .....

8. Toma algum tipo de medicamento? Qual (ais)?  
.....

9. Histórico social:  
Uso de bebidas alcoólicas?:SIM ( ) NÃO ( )  
Tipo de uso: Frequente ( ) Esporádico ( ) Raro ( )  
  
Uso de drogas? SIM ( ) NÃO ( )  
Qual (is)? Cigarro ( ) Maconha ( ) Cocaína inalatória ( )  
Drogas injetáveis ( ) Outras ( ) .....

## EPIDEMIOLOGY

1. Which country do you come from? .....

2. When did you arrive in Brazil? .....

3. Have you been to other countries/ states/ cities before arriving in Santa Catarina? If so, which cities? When? For how long? .....

.....

4. Have you had contact or stayed in any region in the proximities of a forest before the lesion (s) arose?

YES ( ) In which cities? When and for how long?

Estado/Município/ Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência	Atividade exercida
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ( )

5. Do you and your family have a fixed residence or reside temporarily in the proximities of a forest? YES ( ) NO ( )

6. Are there rivers or waterfalls near the residence and/or work place?

YES ( ) NO ( )

7. Are there banana trees on the site? YES ( ) NO ( )

Other plantations: .....

.....

8. Are there any domestic or wild animals near your residence?

YES( ) NO( ) Which animals? .....  
.....

9. Are there any sick or injured animals?

YES ( ) NO ( ) DON'T KNOW ( ) Which one? .....

**CLINICAL DATA**

1. What is the patient's main complaint?

[ ] appearance of the lesion; [ ] trauma followed by injury;  
[ ] pain; [ ] pruritus/itching.

2. How did the lesion begin?

.....  
.....

3. How long has it been evolving since the appearance of the lesion or lesions?

.....  
.....

4. Did you receive any treatment for this disease so far?

.....  
.....

5. Have you been diagnosed with ATL before? YES ( ) NO ( )

Place and date of previous treatment: .....  
.....

6. Have you had any other health problems before this hospitalization?

If so, what diseases have you had? When?

[ ] diabetes; [ ] rheumatic diseases; [ ] arterial hypertension;

[ ] tuberculosis; [ ] AIDS; [ ] hepatitis; [ ] renal/kidney disease;

[ ] ..... ; [ ] ..... ; .....

.....

7. Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....

.....

8. Do you take any kind of medicine? Which one?

.....

.....

9. Social history:

Use of alcoholic beverages? YES ( ) NO ( )

Type of use: Frequent ( ) Sporadic ( ) Rare ( )

Drug use? YES ( ) NO ( )

Which one? Cigarette ( ) Marijuana ( ) Inhaled cocaine ( )

Injectable drugs ( ) Others ( ) .....

.....

## EPIDEMIOLOGÍA

1. ¿De qué país procede? .....

2. ¿Cuándo llegaste a Brasil? .....

3. ¿Pasó por otros países/estados/municipios antes de llegar a Santa Catarina? En caso afirmativo, ¿en qué ciudades? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?

.....  
 .....

4. ¿Ha tenido contacto o ha permanecido en alguna región cercana al bosque antes de la aparición de la(s) lesión(es)?

SÍ ( ) ¿Para qué ciudad(es)? ¿Y cuándo?

Estado/Municipio/Localidad	Fecha aproximada	Duración de la estadía	Actividad desarrollada
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ( )

5. ¿Tienen usted y su familia una residencia fija o residencia temporalmente en una región cercana al bosque? SÍ ( ) NO ( )

6. ¿Hay ríos o cascadas cerca del lugar de residencia y/o trabajo?

SÍ ( ) NO ( )

7. ¿Hay presencia de plátanos en el lugar? SÍ ( ) NO ( )

Otras plantaciones: .....

8. ¿Hay animales domésticos o salvajes? SÍ ( ) NO ( )

¿Cuál (es)? .....

9. ¿Hay algún animal enfermo o herido?

SÍ ( ) NO ( ) NO LO SÉ ( ) ¿Cuál (es)? .....

## **DATOS CLÍNICOS**

1. ¿Cuál es la principal queja del paciente?

[ ] aparición de la lesión; [ ] traumatismo seguido de una lesión;

[ ] dolor; [ ] picazón.

2. ¿Cómo se produjo la lesión?

.....  
.....

3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el comienzo de la lesión?

.....  
.....

4. ¿Ha recibido algún tratamiento para esta enfermedad hasta ahora?

.....  
.....

5. ¿Le han diagnosticado LTA antes? SÍ ( ) NO ( )

Lugar y fecha del tratamiento anterior: .....

.....



6. ¿Ha tenido algún otro problema de salud antes de esta hospitalización? Si es así, ¿qué enfermedades ha tenido? ¿Cuándo?

diabetes;  enfermedades reumáticas;  presión sanguínea alta;

tuberculosis;  SIDA;  hepatitis;  enfermedad renal;

..... ;  ..... ; .....

.....

7. ¿Otras personas de la familia también presentaron síntomas similares a los suyos recientemente? .....

.....

8. ¿Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál?

.....

.....

9. Historia social:

¿Uso de bebidas alcohólicas? SÍ ( ) NO ( )

Tipo de uso: Frecuente ( ) Esporádico ( ) Raro ( )

¿Consumo de drogas? SÍ ( ) NO ( )

¿Cuál? Cigarrillos ( ) Marihuana ( ) Cocaína inhalada ( )

Drogas inyectables ( ) Otros ( ) .....

.....

## ÉPIDÉMIOLOGIE

1. De quel pays êtes-vous originaire ? .....

2. Quand êtes-vous arrivé(e) au Brésil ? .....

3. Êtes-vous passé par d'autres pays/département/villes avant d'arriver à Santa Catarina ? Si oui, quelles villes ? Quand ? Et pour combien de temps a duré le séjour ? .....  
.....

4. Avez-vous eu des contacts ou êtes-vous resté dans une zone boisée avant l'apparition de blessures?

OUI ( ) Pour quelle(s) ville(s) ? Quand ? Et quelle a été la durée du séjour ?

État/Ville/Localité	Date approximative	Durée du séjour	Activité pratiquée
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NON ( )

5. Avez-vous et votre famille une résidence fixe ou résidez-vous temporairement dans une région boisée ? OUI ( ) NON ( )

6. Y a-t-il des rivières ou des chutes d'eau à proximité du lieu de résidence et/ou de travail ? OUI ( ) NON ( )

7. Y a-t-il la présence de bananiers sur le site ? OUI ( ) NON ( )

Autres plantations : .....

8. Y a-t-il des animaux domestiques ou sauvages ? OUI ( ) NON ( )  
Lequel ou lesquels ? .....

9. Y a-t-il des animaux malades ou blessés ?  
OUI ( ) NON ( ) NE SAIT PAS ( ) Lequel ou lesquels ? .....

**DONNÉES CLINIQUES**

1. Quelle est la principale plainte du patient ?  
[ ] début de la lésion; [ ] traumatisme suivi d'une blessure;  
[ ] douleur; [ ] démangeaison.

2. Comment la blessure est-elle survenue ?  
.....  
.....

3. Combien de temps s'est-il écoulé depuis le début de la lésion ou des lésions ?  
.....  
.....

4. Avez-vous reçu un traitement pour cette maladie jusqu'à présent ?  
.....  
.....

5. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de LTA ? OUI ( ) NON ( )  
Lieu et date du traitement précédent : .....  
.....

6. Avez-vous eu d'autres problèmes de santé avant cette hospitalisation ?

Si oui, quelles maladies avez-vous eues ? Quand ?

diabète;  maladies rhumatismales;  hypertension artérielle;

tuberculose;  SIDA;  hépatite;  maladie rénale;

..... ;  ..... ; .....

.....

7. D'autres membres de la famille ont-ils eu des symptômes similaires à ceux que vous avez ? .....

.....

8. Prenez-vous des médicaments ? Lequel ?

.....

.....

9. L'histoire sociale :

Consommation de boissons alcoolisées : OUI ( ) NON ( )

Type d'utilisation : Fréquente : ( ) Sporadique ( ) Rare ( )

Consommation de drogue : OUI ( ) NON ( )

Lequel ou lesquels ? Cigarette ( ) Marijuana ( ) Cocaïne inhalée ( )

Drogues injectables ( ) Autres ( ) .....

.....