



ORIENTAÇÃO SOBRE EXAMES LABORATORIAIS DISPONÍVEIS NO INSTITUTO ADOLFO LUTZ (IAL) PARA PESQUISA DE LEISHMANIOSES (Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana)

Considerando que a Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana **são doenças distintas**, orientamos que seja discriminada a suspeita diagnóstica e tipo de exame específico a essa suspeita no impresso de solicitação do exame, bem como no cadastro do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), conforme descrito abaixo:

1. Nos casos de suspeita de *Leishmaniose Visceral Humana*, as pesquisas diagnósticas realizadas pelo IAL são:

- Teste imunocromatográfico rápido (TR) – amostra de soro;
- Reação de Imunofluorescência indireta (RIFI) – amostra de soro;
- Parasitológico direto – lâmina com esfregaço de medula óssea;
- Reação em cadeia da polimerase (PCR) – amostra de aspirado de medula óssea (somente em situações especiais após avaliação da área técnica);
- Anatomopatológico / Imunohistoquímica (casos com evolução para óbito) – fragmento de órgão/tecido (preferencialmente baço, fígado e m.o.).

Lembrar que, **na suspeita de LEISHMANIOSE VISCERAL**, na ficha de solicitação de exame do SINAN, os campos abaixo discriminados devem ser preenchido da seguinte forma:

- **Campo 12 (suspeita clínica): Leishmaniose Visceral.**


- **Campo 15 (exame):** nome do exame solicitado, conforme pesquisa específica disponível no IAL (listado acima).

- **Campo 16 (material enviado):** tipo de amostra biológica enviada de acordo com o exame específico solicitado para a doença (listado acima).

Exemplo de preenchimento da ficha de solicitação de exames do SINAN:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES		Nº
Requisitante	1 Laboratório	Código	2 Data de Entrada	
	3 Município de Notificação		Código IBGE	
	4 Unidade de Saúde		Código (SIA/SUS)	
	5 Endereço		6 (DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente	8 Número do Cartão SUS		
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Suspeita Clínica	Leishmaniose Visceral		
	13 Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14 Data dos Primeiros Sintomas	15 Exame	Teste Rápido e RIFI
	16 Material Enviado	17 Data da Coleta	18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	19 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Paciente tomou vacina? se sim, especificar:		Data
	21 Requisitante			22 Data

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES		Nº
Requisitante	1 Laboratório	Código	2 Data de Entrada	
	3 Município de Notificação		Código IBGE	
	4 Unidade de Saúde		Código (SIA/SUS)	
	5 Endereço		6 (DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente	8 Número do Cartão SUS		
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Suspeita Clínica	Leishmaniose Visceral		
	13 Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14 Data dos Primeiros Sintomas	15 Exame	Parasitológico direto
	16 Material Enviado	17 Data da Coleta	18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	19 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Paciente tomou vacina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	se sim, especificar:	Data
	21 Requisitante		22 Data	

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.



2. Nos casos de suspeita de *Leishmaniose Tegumentar Americana*, as pesquisas diagnósticas realizadas pelo IAL são:

- Parasitológico direto – lâmina com esfregaço de borda da lesão;
- Anatomopatológico / Imunohistoquímica: fragmento de borda de lesão (pele ou mucosa);
- Reação em cadeia da polimerase (PCR) – fragmento de borda de lesão (pele e mucosa) (somente em situações especiais após avaliação da área técnica);
- Reação de Imunofluorescência indireta (RIFI) – amostra de soro.

Lembrar que, **na suspeita de LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**, na ficha de solicitação de exame do SINAN os campos abaixo discriminados devem ser preenchidos da seguinte forma:



- **Campo 12 (suspeita clínica):** **Leishmaniose Tegumentar Americana**
- **Campo 15 (exame):** nome do exame solicitado, conforme pesquisa específica disponível no IAL (listado acima).
- **Campo 16 (material enviado):** tipo de amostra biológica enviada de acordo com o exame específico solicitado para a doença (listado acima).

Exemplo de preenchimento da ficha de solicitação de exames do SINAN:


 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 
 SINAN
 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES
 Nº

Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada	
	3	Município de Notificação			Código IBGE	
	4	Unidade de Saúde			Código (SIA/SUS)	
	5	Endereço		6	(DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7	Nome do Paciente		8	Número do Cartão SUS	
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	11	Sexo
						M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica Leishmaniose tegumentar americana				
	13	Caso	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame
		1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado				RIFI
	16	Material Enviado Soro	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
19	Gestante	20		Paciente tomou vacina?	22	Data
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se sim, especificar:		
21	Requisitante				22	Data

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.


 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 
 SINAN
 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES
 Nº

Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada	
	3	Município de Notificação			Código IBGE	
	4	Unidade de Saúde			Código (SIA/SUS)	
	5	Endereço		6	(DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7	Nome do Paciente		8	Número do Cartão SUS	
	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	11	Sexo
						M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica Leishmaniose tegumentar americana				
	13	Caso	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame
		1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado				Parasitológico direto
	16	Material Enviado	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
19	Gestante	20		Paciente tomou vacina?	22	Data
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se sim, especificar:		
21	Requisitante				22	Data

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

Elaborado por:

- Divisão de Zoonoses/CVE
- Núcleo de Parasitoses Sistêmicas/IAL
- Núcleo de Anatomia Patológica/IAL

Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE

Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar | CEP 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8741