



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Mocsoondcha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL

DEFINICION DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con fiebre, esplenomegalia o hepatomegalia y con alguno de los siguientes síntomas: astenia, anemia, abdomen globuloso.

Caso confirmado: todo caso sospechoso con al menos una de las siguientes pruebas diagnósticas positivas: observación directa del parásito, cultivo, IFI, PCR o serología con el antígeno RK39.

DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y apellido: Cargo: N° de teléfono:
Fecha de notificación:/...../..... Establecimiento de Salud:
Región Sanitaria: Distrito:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Documento de identidad N°:
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: N° de teléfono:
Nacionalidad: Ocupación:
Nombre y apellido de la madre o del padre (si es menor de edad):
Dirección actual:
Referencias para ubicar el domicilio: Vive ahí desde:/...../.....
Localidad: Distrito: Departamento:
Tipo de localidad: Urbana (.....) Rural (.....) Periurbana (.....)
Dirección anterior (hasta hace 1 año previo):
Viajes realizados entre 1 y 12 meses anteriores a los síntomas: Si (.....) No (.....)
Lugar: Fecha:/...../.....

DATOS CLINICOS

Fecha de consulta:/...../..... Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Peso: kg Talla: cm
Estado al ingreso: Bueno (.....) De alerta (.....) Grave (.....) Temperatura: °C. Adelgazamiento: Si (.....) No (.....)
Hemorragias: Si () No (.....) Desnutrición: Si (.....) No (.....) Edema: Si (.....) No (.....) Desgano: Si (.....) No (.....)
Adenomegalia: Si (.....) No (.....) Tamaño del bazo (RCI): Cm. Tamaño del hígado (RCD): cm.
Hemoglobina: G/dl. Glóbulos blancos: mm³ Neutrófilos: %
Plaquetas: mm³ Co-infecciones: HIV (.....) TBC (.....) Infecciones pulmonares (.....)
Otras:

DIAGNOSTICO LABORATORIAL ESPECIFICO

Resultado/Método	Métodos directos			Métodos indirectos		
	Frotis	Cultivo	PCR	IFI	ELISA	RK39
Resultado						
Fecha de resultado						

Otros métodos diagnósticos:

TRATAMIENTO

Medicamento proporcionado por el Programa: Si (.....) No (.....) Hospitalización: Si (.....) No (.....) Fecha:/...../.....
Establecimiento de salud:
Fecha de inicio de tratamiento:/...../..... Fecha de término del tratamiento:/...../.....
Esquema de tratamiento: Primer esquema - antimoniales (.....) Segundo esquema – anfotericina (.....)
Droga utilizada: Dosis: Días de Tto:
Vía de administración: IM (.....) IV Directa (.....) IV con dilución (.....)
Efectos adversos: Leves (.....) Graves (.....) No (.....) En caso de presentar efectos, completar la ficha de denuncia específica.
Interrupción del tratamiento (más de 72 hs): Si (.....) No (.....) Motivo:
Terapia de apoyo con antibióticos: Si (.....) No (.....) Antibiótico suministrado:
Transfusiones: Si (.....) No (.....)
Otra terapia de apoyo:
Regularidad del tratamiento: Regular (.....) Irregular (.....) Abandono (.....) Abandono 2° (.....)
Responsable de suministrar el tratamiento:

CONCLUSIÓN FINAL

Clasificación del caso: Confirmado (.....) Descartado (.....)
Lugar de contagio probable: Localidad Distrito Departamento/País
Evolución del caso: Curado (.....) No curado (.....) Fallecido (.....) Fecha de fallecimiento:/...../.....
Fecha de cierre del caso:/...../.....
Observaciones: