

## 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: ..... mm<sup>3</sup> Neutrófilos: ..... %  
 Plaquetas: ..... mm<sup>3</sup> Co-infecciones: HIV (.....) TBC (.....) Infecciones pulmonares (.....)  
 Otros: .....

### 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: ...../...../.....  
 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: .....