



Programa Nacional
de Control de la Lepra

DIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES – DGVS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPRO

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

A

Definición de caso: Persona con una o más manchas cutáneas hipopigmentadas o rojizas, con trastorno de sensibilidad, o engrosamiento de nervios periféricos.

Datos del servicio notificante

1. Institución: 2. Nombre del notificante:
3. Fecha de Notificación: ____/____/____ 4. Región Sanitaria: 5. Teléfono:

Datos del paciente

6. Apellidos: 7. Nombres: 8. C.I.:

9. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 10. Lugar de Nacimiento: 11. Edad

12. Sexo: Mujer ☐ Varón ☐ Indeterminado ☐ 13. Etnia (especificar): No aplica ☐

14. Estado Civil: 15. Nacionalidad: 16. Ocupación:

17. Nombre y Apellido de la Madre (de soltera):

Lugar de residencia

18. Departamento: 19. Distrito:

20. Barrio/Compañía/Asentamiento/Localidad: 21. Zona: Urbana ☐ Rural ☐

22. Dirección: N° de casa () 23. Teléfono:

Antecedentes del caso

	Quién informa	SI	NO	Nombre y Apellido	Institución
24	Personal de Salud	☐	☐		
25	Control de Contacto	☐	☐		
26	Tercero (aclarar)	☐	☐		
27	Él/Ella mismo/a	☐	☐		

28. Mujer gestante: SI ☐ NO ☐ 28.1. Semana de gestación: 28.2. Lactancia materna SI ☐ NO ☐

29. Antecedente Familiar:

30. Motivo de Consulta:

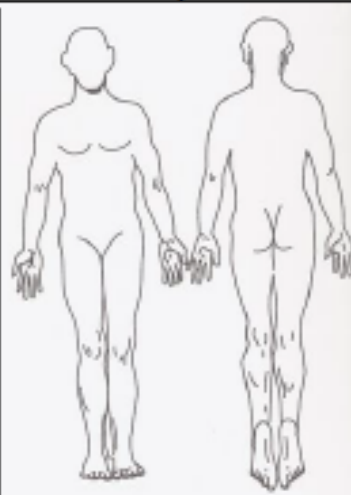
31. Tiempo de Enfermedad:

32. Historia de la Enfermedad:

Lesiones cutáneas y nerviosas

Marcar en el dibujo la localización

33.	Cabeza	
34.	Tronco	
35.	Miembros superiores	35.1. Marca de BCG: SI ☐ NO ☐
36.	Miembros inferiores	



Clasificación

37.	Paucibacilar (PB)	37.1.	Tuberculoide	37.2.	Indeterminada
38.	Multibacilar (MB)	38.1.	Lepromatosa Nodular	38.2.	Lepromatosa Difusa
		38.3.	Borderline Tuberculoide	38.4.	Borderline
		38.5.	Borderline Lepromatosa		

39. Linfa cutánea de 4 sitios (2 lóbulos y 2 codos o lesiones). Completar siempre 04 muestras. Se pueden repetir las muestras si hay duda sobre el resultado:.....

40. Histopatología inicial.....

41. Reacciones Leprosas al Diagnóstico: SI ☐ NO ☐ ENL ☐ RR ☐ Fenómeno de Lucio ☐

42. Contactos

Nº	Nombre y Apellido	C I Nº	Edad	Sexo	Vinculo	ID/ED	BCG Si/No	Tiempo Convivencia	Profilaxis	Examen (hallazgos)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ID/ED: Intra domicilio/Extra domicilio

43. Registro de Discapacidades (Lesiones propias de la enfermedad)

GRADOS	MANOS			PIES			OJOS		
	Signos	I	D	Signos	I	D	Signos	I	D
G0	Normal			Normal			Normal		
G1	Disminución o pérdida de la sensibilidad			Disminución o pérdida de la sensibilidad			Disminución o pérdida de la sensibilidad		
G2	Lesiones tróficas y/o traumáticas			Lesiones tróficas y/o traumáticas			Lagofthalmos y/o ectropión		
	Mano en garra movable			Garras			Triquiasis		
	Resorción			Pie caído			Opacidad corneana central		
	Mano caída			Mutilación leve			Disminución de la agudeza visual		
	Garras o articulaciones rígidas			Contractura de tobillo					
GRADO MAXIMO				GRADO MAXIMO			GRADO MAXIMO		
Lesiones fúngicas		SI	NO	Parálisis Facial	SI	NO	Aplastamiento nariz	SI	NO

Tratamiento

44. Inicia Tratamiento: (....) PB (....) MB 44.1. Fecha: ___/___/___ 44.2. Lugar:.....

45. Servicio donde seguirá su tratamiento:.....

46. Firma y sello:

47. Obs.....