

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA (CUTANEA Y/O MUCOSA)

DEFINICION DE CASO

Caso sospechoso proveniente de Zona endémica:

L. cutánea: es toda persona con lesiones ulcerosas o ulcero-costrosas, de bordes elevados, indoloras (en ausencia de sobre infección), generalmente con más de 1 mes de evolución y que se encuentran principalmente en las partes expuestas del cuerpo, siendo los lugares más comunes: piernas, brazos, cuello y cara.

L. mucosa: es toda persona con lesiones ulcerosas o granulomatosas (en forma de mora o frutilla) en la mucosa de la nariz, labios, paladar, faringe o laringe.

Proveniente de zona NO endémica: igual al caso sospechoso proveniente de zona endémica y que se le haya descartado otra patología de piel.

CASO CONFIRMADO: todo caso sospechoso que posea por lo menos una de las siguientes pruebas laboratoriales positivas: frotis, cultivo, anatomía patológica de biopsia de lesiones o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

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:** **Raza:** **N° de teléfono:**

Nacionalidad: **Ocupación:**

Dirección actual:

Referencias para ubicar el domicilio:

Localidad: **Distrito:** **Departamento:**

Localidad probable de contagio: **Distrito:** **Departamento:**

DATOS CLINICOS

Fecha de consulta:/...../..... **Peso:** kg

Tipo de lesión: cutánea (.....) mucosa (.....) mucocutánea (.....)

Lesión cutánea: úlcera (.....) costrosa (.....) verrucosa (.....) cutánea diseminada (.....)

Lesión mucosa: tabique nasal (.....) labios (.....) paladar (.....) faringe (.....) laringe/voz ronca (.....) mutilaciones (.....)

Tiempo de evolución de la lesión: **N° de lesiones:**

Localización de las lesiones: miembros inferiores (.....) miembros superiores (.....) cabeza (.....) cuello (.....) Tronco (.....)

Presencia de sobre contaminación: si (.....) no (.....) **cicatrices** Si (.....) No (.....) **dolor en la úlcera:** Si (.....) No (.....)

Lesión anterior: Si (.....) No (.....) **Tratamiento anterior para leishmaniasis:** Si (.....) No (.....)

¿Hace Cuánto?: **Medicación:**

Factores de riesgo: cardíaco (.....) problemas hepáticos (.....) Problemas renales (.....) hipertensión (.....) Otros:

Tipo de entrada al sistema: caso nuevo (.....) Recidiva (.....) 2° Tratamiento (.....) Retorno post abandono (.....) Re infección (.....)

DIAGNOSTICO LABORATORIAL ESPECIFICO

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

Otros métodos diagnósticos:

TRATAMIENTO

Medicamento proporcionado por el Programa: Si (.....) No (.....) **Hospitalización:** Si (.....) No (.....) **Fecha:**/...../.....

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:**

Otra terapia de apoyo:

Regularidad del tratamiento: Regular (.....) Irregular (.....) Abandono (.....) Abandono 2° (.....)

Responsable de suministrar el tratamiento:

Fallecido: Si (.....) No (.....) **Fecha de fallecimiento:**/...../.....

CONCLUSIÓN FINAL

Clasificación del caso: Confirmado (.....) Descartado (.....)

Lugar de contagio probable: Localidad Distrito Departamento/País

Evolución del caso: Curado (.....) No curado (.....) Fallecido (.....)

Fecha de cierre del caso:/...../.....