



TESÁ HA TEKÓ
PORÁVE
Mocovíochá
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

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

DEFINICION DE CASO

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, con o sin perforación del tabique nasal, acompañadas generalmente de edema y secreción nasal crónica. Las lesiones mucosas pueden además presentarse también en labios, paladar, faringe y laringe. Los pacientes con LM suelen presentar, además, cicatrices de lesiones cutáneas previas.

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

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: sí (.....) no (.....) cicatrices Sí (.....) No (.....) dolor en la úlcera: Sí (.....) No (.....)
Lesión anterior: Sí (.....) No (.....) Tratamiento anterior para leishmaniasis: Sí (.....) 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:/...../.....
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:
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:/...../.....



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

■ TETĀ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

*Paraguay
de la gente*