

ANEXO 01
FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACION

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fecha de Investigacion: | <input type="text"/> Dia | <input type="text"/> Mes | <input type="text"/> Año | 2. Fectn de notificación: | <input type="text"/> Dia | <input type="text"/> Mes | <input type="text"/> Año | 3. Fecha de inicio de shtomas: | <input type="text"/> Dia | <input type="text"/> Mes | <input type="text"/> Año | |
| 4. GERESADRESA/DSA: | | | | 5 Red/Microred | | | | 6. Establecimiento de Salud | | | | |
| 7. Institución de salud: | MINSA | <input type="checkbox"/> | EsSalud | <input type="checkbox"/> | Sanidad PNP | <input type="checkbox"/> | Sanidad FA | <input type="checkbox"/> | Privado | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |

II. DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|--|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| 8. H.Chica N. | <input type="text"/> | 9. Teléfono Celular del paciente | <input type="text"/> | 10. Fecha de Nacimiento | <input type="text"/> Día | <input type="text"/> Mes | <input type="text"/> Año | |
| 11. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Nombres | Mesizo | <input type="checkbox"/> | Higienia amazónico | |
| | Apellido Paterno | Apellido Materno | | A frodesendiente | <input type="checkbox"/> | Descendiente asiático | | |
| | | | | Andino | <input type="checkbox"/> | Otro _____ | | |
| 13. DNI/Pasaporte | <input type="text"/> | 14.Edad | <input type="text"/> | 15.Genero | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | 16. Ocupación | <input type="text"/> |
| 17. Departamento | <input type="text"/> | 18. Provincia | <input type="text"/> | 19. Distrito | 20 Localidad de residencia (nombre completo) | | | |
| Dirección de residencia actual: | | | | | | | | |
| 21. Nombre de la via | <input type="text"/> | | | | | | | |
| 22. Tipo va: | Alameda | Avenida | Calle | Jirón | Pasaje | | | |
| 23. Agrupamiento humano : | Asentamiento Humano | | Asociacion | Urbanizacion | Otros. | | | |
| 24. Nombre del agrupamiento humano | <input type="text"/> | | | | | | | |
| 25. Marzana | 26.Block | 27.Interior | 28.Kilometro | 28.Lote | 29.Numero de puerta. | | | |
| 30. Gestante | SI | NO | 31. Edad gestacional _____ | | | | | |

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. Lugar de permanencia los ultimos 2 meses | | | | | marcar con (x) | | |
| Departamento | Provincia | Distrito | Centro poblado | Actividad desarrollado | Silvestre | rural | semirrural |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| 33. Antecedente de picaduras | si. <input type="checkbox"/> | no. <input type="checkbox"/> | 34. ¿Coneoce la titira,manta blanca? | si. <input type="checkbox"/> | no. <input type="checkbox"/> |
| 35.¿Anteriormente tuvo leishmaniasis? | si. <input type="checkbox"/> | no. <input type="checkbox"/> | 36. ¿Dónde estuvo hubo pacientes con leishmaniasis? | si. <input type="checkbox"/> | no. <input type="checkbox"/> |
| 37. ¿Cuándo tuvo leishmaniasis? | <input type="text"/> Mes | <input type="text"/> Año | 38. ¿Fumigaron su vivienda? Si. <input type="checkbox"/> | no. <input type="checkbox"/> | fecha / / |

39. Material vivienda: paredes._____ techo._____ piso._____

Especificar adobe, ladrillo, ate.

40. Cria animales si no ¿Cuáles? _____

41 Recibió tratamiento? si no 42.Medicamento: via: periodo (Año):

Leismaniasis cutánea lesión activa

43. Número de lesiones: _____ 42.Secuela: SI NO

44. Localización de la lesión activa (Marcar con una "X") : Cara Cuello Miembro superior
Tronco Miembro inferior

marcar la ubicacion de las lesiones con numeración en la figura del reverso de ta ficha

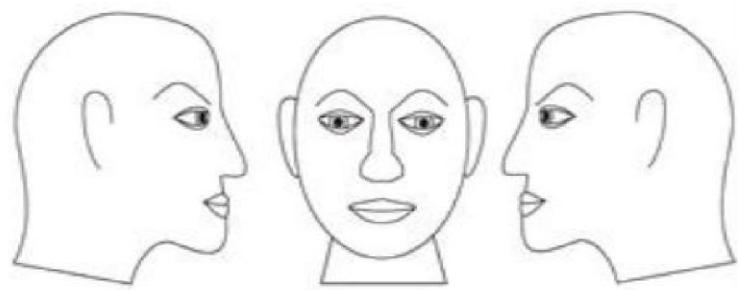
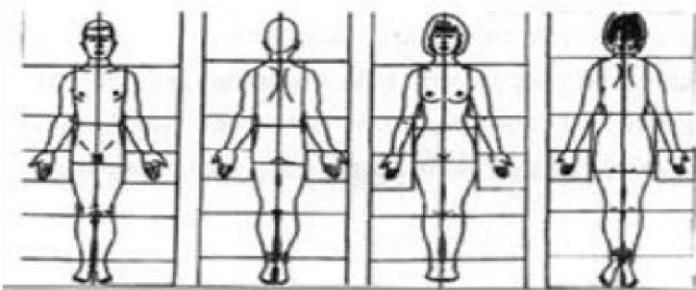
Leismaniasis mucocutánea lesion activa:

45.Numero de lesiones: _____ 45.Secuela: SI NO

46.Localizacion de la lesion (marca con una "X"): Úvula Paladar Faringe
Epiglotis Fosas nasales Septum nasal

marcar la ubicación de las lesiones con numeracion en la figura del reverso de la ficha.

MARCAR Y NUMERAR LAS LESIONES



ENFERMEDAD MUCOSA SI () NO ()

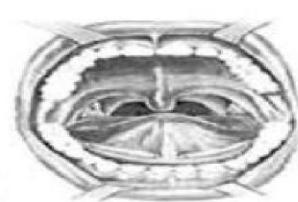
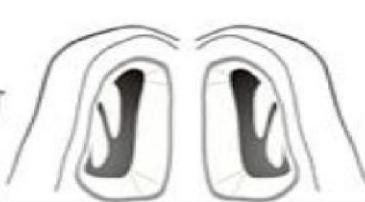
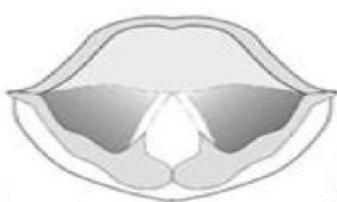
Fecha de inicio de sintomas

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Tiempo:

Años

Meses



47. Datos clinico:Visceral (si se sospecha de caso importado o ha permanecido meses en zona endémica de otro país)

Fiebre Adenopatía Esplenomegalia Adelgazamiento

Diarrea Inf. Respiratoria

Comorbilidad(señalar) VIH SI _____ NO _____ Otra enfermedad: _____

IV. Criterio de confirmacion por laboratorio Resultados: (+) positivo (-) negativo Pendiente(P) Sin muestra (SM)

48. Tipo de muestra:

| Fecha toma de muestra | fecha resultado | Frotis | IDRM | IFI (Titulo) | Lugar procesamiento | observaciones |
|-----------------------|-----------------|--------|------|--------------|---------------------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

49. CLASIFICACION DEL CASO

Leishmaniasis cutánea B.55.1

Leishmaniasis visceral B.55.0

Leishmaniasis mucocutánea B.55.2

Caso confirmado

Caso probable

Caso descartado

Caso Importado

recaida

reinfección

Nombre y apellido del personal de Salud _____

fecha _____ / _____ / _____