

FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACION

1. Fecha de Investigación: Día Mes Año

2. Fecha de notificación: Día Mes Año

3. Fecha de inicio de síntomas: Día Mes Año

4. GERESADRESA/DSA:

5. Red/Microred:

6. Establecimiento de Salud:

7. Institución de salud: MINSA ☐ EsSalud ☐ Sanidad PNP ☐ Sanidad FA ☐ Privado ☐ Otros

II. DATOS DEL PACIENTE

8. H.Chica N°:

9. Teléfono Celular del paciente:

10. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

11. Apellido Paterno Apellido Materno Nombres Mesizo ☐ ☐ hgiene amazónico ☐ A frodesendiente ☐ ☐ Descendiente asiático ☐ Andino ☐ ☐ Otro

12. Etnia: Pueblo etnia:

13. DNI/Pasaporte:

14. Edad:

15. Genero: ☐ M ☐ F

16. Ocupación:

17. Departamento:

18. Provincia:

19. Distrito:

20. Localidad de residencia (nombre completo):

Dirección de residencia actual:

21. Nombre de la vía:

22. Tipo de vía: Alameda ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Jirón ☐ Pasaje ☐

23. Agrupamiento humano: Asentamiento Humano ☐ Asociación ☐ Urbanización ☐ Otros ☐

24. Nombre del agrupamiento humano:

25. Manzana:

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 últimos 2 meses

Departamento	Provincia	Distrito	Centro poblado	Actividad desarrollado	marcar con (x)		
					Silvestre	rural	semirural
<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 ☐ no ☐

34. ¿conoce la titira, manta blanca?: si ☐ no ☐

35. ¿Anteriormente tuvo leishmaniasis?: si ☐ no ☐

36. ¿Dónde estuvo hubo pacientes con leishmaniasis?: si ☐ no ☐

37. ¿Cuándo tuvo leishmaniasis?: Mes Año

38. ¿Fumigaron su vivienda? Si ☐ no ☐ fecha

39. Material vivienda: paredes ☐ techo ☐ piso ☐

Especificar adobe, ladrillo, etc.

40. Cria animales: si ☐ no ☐ ¿Cuáles?

41. Recibió tratamiento? si ☐ no ☐

42. Medicamento: via: periodo (Año):

Leishmaniasis cutánea lesión activa

43. Número de lesiones:

44. Localización de la lesión activa (Marcar con una "X"):

Cara	Cuello	Miembro superior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

marcar la ubicación de las lesiones con numeración en la figura del reverso de esta ficha

Leishmaniasis mucocutánea lesión activa:

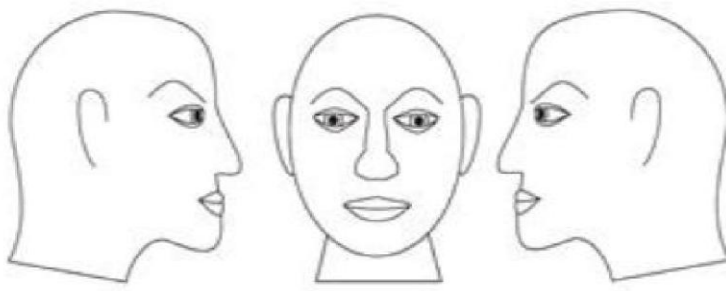
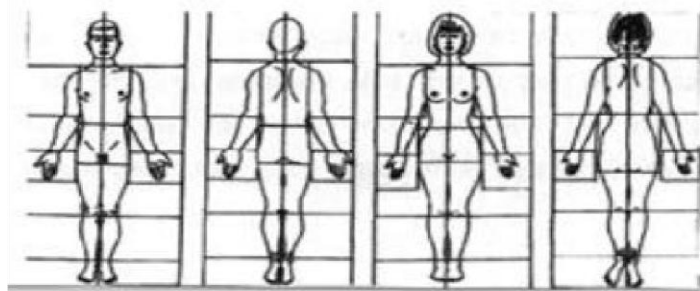
45. Numero de lesiones:

46. Localización de la lesión (marca con una "X"):

Úvula	Paladar	Faringe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

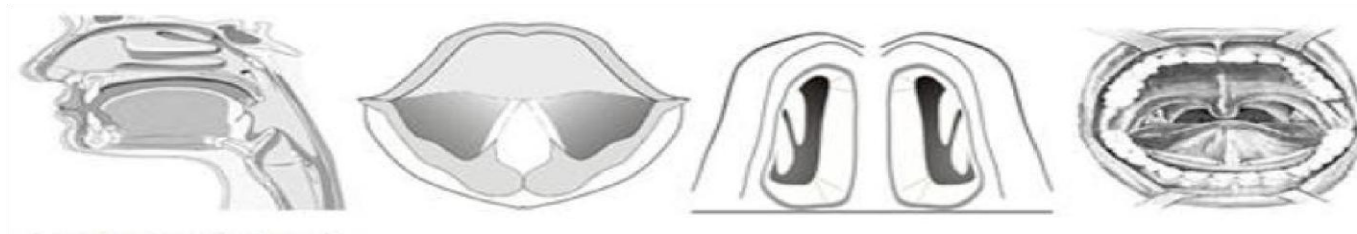
MARCAR Y NUMERAR LAS LESIONES



ENFERMEDAD MUCOSA SI () NO ()

Fecha de inicio de síntomas

Tiempo: Años Meses



47. Datos clínico: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 (Título)	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

recaída

reinfección

Nombre y apellido del personal de Salud _____

fecha _____ / _____ / _____