



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL

DEFINICION DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con fiebre, esplenomegalia o hepatomegalia y con alguno de los siguientes síntomas: astenia, anemia, abdomen globuloso.

Caso confirmado: todo caso sospechoso con al menos una de las siguientes pruebas diagnósticas positivas: observación directa del parásito, cultivo, IFI, PCR o serología con el antígeno RK39.

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:

N° de teléfono.....

Nacionalidad:

Ocupación:

Nombre y apellido de la madre o del padre (si es menor de edad):

Dirección actual:

Referencias para ubicar el domicilio:

Vive ahí desde:/...../.....

Localidad:

Distrito:

Departamento:

Tipo de localidad: Urbana (.....) Rural (.....) Periurbana (.....)

Dirección anterior (hasta hace 1 año previo):

Viajes realizados entre 1 y 12 meses anteriores a los síntomas: Si (.....) No (.....)

Lugar:

Fecha:/...../.....

DATOS CLINICOS

Fecha de consulta:/...../.....

Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Peso: kg

Talla: cm

Estado al ingreso: Bueno (.....) De alerta (.....) Grave (.....)

Temperatura: °C.

Adelgazamiento: Si (.....) No (.....)

Hemorragias: Si () No (.....)

Desnutrición: Si (.....) No (.....)

Edema: Si (.....) No (.....)

Desgano: Si (.....) No (.....)

Adenomegalia: Si (.....) No (.....)

Tamaño del bazo (RCI):

Cm.

Tamaño del hígado (RCD):.....

cm.

Hemoglobina:

G/dl.

Glóbulos blancos:

mm³

Neutrófilos:.....

%

Plaquetas:.....

mm³

Co-infecciones: HIV (.....) TBC (.....) Infecciones pulmonares (.....)

Otros:

DIAGNOSTICO LABORATORIAL ESPECIFICO

Resultado/Método	Métodos directos			Métodos indirectos		
	Frotis	Cultivo	PCR	IFI	ELISA	Rk39
Resultado						
Fecha de resultado						

Otros métodos diagnósticos:

TRATAMIENTO

Medicamento proporcionado por el Programa: Si (.....) No (.....)

Hospitalización: Si (.....) No (.....)

Fecha:/...../.....

Establecimiento de salud:

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:

Transfusiones: Si (.....) No (.....)

Otra terapia de apoyo:

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

Responsable de suministrar el tratamiento:

CONCLUSIÓN FINAL

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

Lugar de contagio probable: Localidad

Distrito

Departamento/País

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

Fecha de fallecimiento:/...../.....

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

Observaciones: