



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS PARTE A

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha de investigación: [] [] [] 2. Fecha de notificación: [] [] [] 3. Fecha de inicio de síntomas: [] [] []
4. GERESA/DIRESA/DISA: [] 5 Red/Microred [] 6. Establecimiento de Salud []
7. Institución de salud: MINSa [] EsSalud [] Sanidad PNP [] Sanidad FFAA [] Privados []
Otro []

II. DATOS DEL PACIENTE

8. H.Clinica N° [] 9. Teléfono/Celular del paciente [] 10 Fecha de Nacimiento [] [] []
11. [] [] []
1 Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
[] [] []
12. Étnia
[] Mestizo [] Indígena amazónico
[] Afro descendiente [] Descendiente asiático
[] Andino [] Otro []
13. DNI/Pasaporte [] 14.Edad [] 15.Género [M] [F] 16. Ocupación []
17. Departamento [] 18. Provincia [] 19. Distrito [] 20 .Localidad de residencia actual (nombre completo) []
Dirección de residencia actual:
21. Nombre de la vía []
22. Tipo vía Alameda [] Avenida [] Calle [] Jirón [] Pasaje [] Otros [] cual: []
23. Agrupamiento Humano : Asentamiento Humano [] Asociación [] Urbanización [] Otros [] cual: []
24. Nombre del agrupamiento humano []
25. Manzana [] 26. Block [] 27.Interior [] 28.Kilometro [] 28.Lote [] 29. Número de puerta []
30. Gestante [SI] [NO] 31. Edad gestacional: []

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Table with 8 columns: Departamento, Provincia, Distrito, Centro poblado, Actividad desarrollada, Silvestre, Rural, Semi rural. Row 1: [] [] [] [] [] [] [] []

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? [] [] [] 38. ¿Fumigaron su vivienda? [SI] [NO] Fecha: [] [] []
39. Material vivienda: (Especificar adobe, ladrillo, etc). Paredes: [] Techo: [] Piso []
40. Cría animales [SI] [NO] ¿Cuáles? []
41.¿Recibió tratamiento? [SI] [NO] 42.Medicamento: [] Vía de administración [] Período(Año) []

LEISHMANIASIS CUTÁNEA LESIÓN ACTIVA

43. Número de lesiones: [] 43.1.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 la ficha PARTE B

LEISHMANIASIS MUCOCUTANEA LESIÓN ACTIVA

45. Número de lesiones: [] 45. Secuela: [SI] [NO]
46. Localización de la lesión (Marcar con una "X"): Úvula [] Paladar [] Faringe []
Epiglotis [] Fosas nasales [] Septum nasal []
Marcar la ubicacion de las lesiones con numeración en la figura del reverso de la ficha PARTE B



PERÚ

Ministerio de Salud

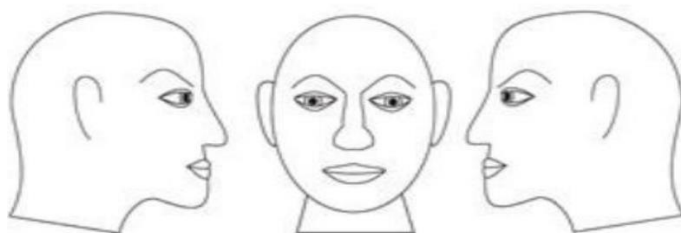
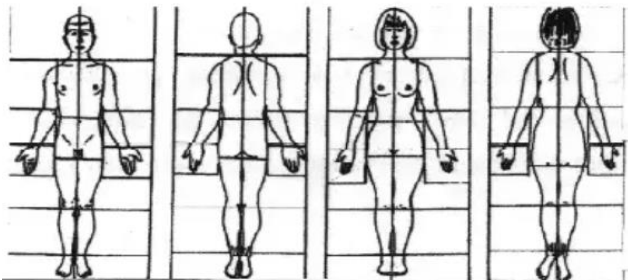
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS PARTE B

MARCAR UBICACIÓN DE LAS LESIONES

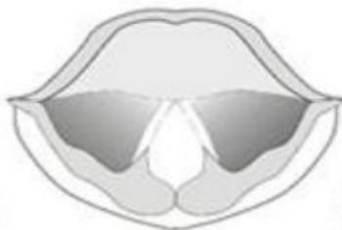
PARA LEISHMANIA CUTANEA :

Marcar ubicación de lesiones con numeración en la figura:



PARA LEISHMANIA MUCOCUTANEA:

Marcar ubicación de lesiones con numeración en la figura:



47. DATOS CLÍNICOS: LEISHMANIASIS VISCERAL (si se sospecha de un caso de leishmaniasis visceral importado o ha permanecido meses en zona endémica a esta enfermedad en otro país o sospecha de un caso autóctono. Marcar con un "x")

PARA LEISHMANIA VISCERAL:

Fiebre Adenopatía Esplenomegalia Adelgazamiento
Diarrea Inf. Respiratoria

48. COMORBILIDAD (señalar) : VIH SI NO Otra enfermedad:

IV. Criterio de confirmación por laboratorio Resultado: Positivo (+) Negativo (-) Pendiente (P) Sin muestra (SM)

49. Tipo de muestra

Fecha toma muestra	Fecha resultado	Frotis	IDRM	IFI (Título)	Lugar procesamiento	Observaciones

50. CLASIFICACIÓN DEL CASO

		Caso probable	Caso confirmado	Caso descartado
Leishmaniasis cutánea	B 55.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leishmaniasis visceral	B.55.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leishmaniasis mucocutánea	B.55.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso autóctono Caso importado Recaída Reinfeción

Nombres y apellidos del personal de Salud _____

Fecha ___/___/___