

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA (DIAGNÓSTICO)							Formulario N° 1 (Hoja 1)								
<b>1. DATOS DEL PACIENTE</b>							Edad/Sexo		Peso						
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres			M	F	Kg						
Carnet de Identidad		Teléfono			Embarazo	Si	Semanas de gestación								
Ocupación		Fecha de nacimiento				No									
<b>2. RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE</b>															
País		Departamento		Municipio			Localidad								
<b>3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>															
LUGAR Y FECHA PROBABLE DE INFECCIÓN ( <i>picadura del mosquito, inicio de clínica</i> )						CASO		BÚSQUEDA							
Fecha	Departamento	Municipio	Localidad			Autóctono	Importado	Activa	Pasiva						
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día: Mes: Año:															
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>															
a) Metabólico b) Cardiológico c) Nefrológico e) Otro (Patología de base) .....															
Leishmaniasis anterior: Cutánea <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cutánea mucosa <input type="checkbox"/> Visceral <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>															
Clasificación del caso: Nuevo <input type="checkbox"/> Re-infección <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso Terapéutico <input type="checkbox"/>															
<b>4. DATOS CLÍNICOS: Describa las características de las lesiones</b>															
Dibujar el (los) lugar(es) y el diámetro Inicial de la lesión		<b>FORMA CLÍNICA</b>			<b>NÚMERO Y UBICACIÓN DE LAS LESIONES</b>										
		Cutánea			Extremidades Superiores			Cabeza							
					Extremidades Inferiores			Cara							
					Tórax Abdomen			Cuello							
		Mucosa			Tabique Nasal			Paladar							
Orofaringe					Labios										
Muco-cutánea			Breve descripción de las lesiones encontradas												
Descripción inicial, seguimiento y evolución de la lesión:															
<b>5. EXÁMENES DE LABORATORIO</b>						<b>6. LEISHMANIASIS VISCERAL</b>									
FECHA DE TOMA DE MUESTRA:		/ /		<b>SINTOMAS SI - NO</b>					Breve descripción del cuadro clínico de la Leishmaniasis Visceral:						
<b>TIPO DE PRUEBA</b>		<b>FECHA RESULTADO</b>											POSITIVO		NEGATIVO
FROTIS		DÍA		MES		AÑO		Fiebre:							
HISTOPATOLOGÍA								Hepatomegalia:							
CULTIVO								Esplenomegalia:							
PCR								Otros síntomas:							
INMUNOCROMATOGRAFÍA															
Otros															
<b>7. DATOS DEL SERVICIO DE SALUD Y DEL PERSONAL ENCARGADO DE LABORATORIO</b>															

Servicio de Salud  Red de Salud

Responsable de la atención del paciente  Firma y sello

**Adjuntar con la Ficha Clínica Epidemiológica:**

- a) Carnet de identidad (Fotocopia)
- b) Reporte de laboratorio
- c) Consentimiento informado (Firmado)

Sello de la Institución

Nombre y firma del paciente

# INSTRUCTIVO DE LLENADO FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA (DIAGNÓSTICO)

La ficha clínica epidemiológica debe ser llenada para todo paciente sospechoso y confirmado con resultado de laboratorio positivo para leishmaniasis.

## INSTRUCCIONES DELLENADO

### 1. DATOS DEL PACIENTE

**Apellidos y Nombres del paciente, Edad/Sexo:** Anotar en la casilla que corresponda según el sexo, la edad de forma numérica.

**Peso:** anotar el peso actual en kilogramos.

**Carnet de Identidad, Teléfono o celular personal o familiar:** Anotar de forma numérica. **Ocupación:** Anotar la ocupación actual. **Fecha de nacimiento, Embarazo:** Anotar si la paciente está o no embarazada y las semanas de gestación de manera numérica, es importante consultar este dato por el tipo de tratamiento que pueda recibir.

### 2. RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE

**País, Departamento, Municipio, Localidad:** Anotar los datos donde el paciente se encuentre viviendo.

### 3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Lugar y fecha probable de infección** (picadura del mosquito, inicio de clínica): Anotar la fecha más aproximada en relación a la primera manifestación clínica de lesión en piel y/o mucosa, en que departamento, municipio y localidad.

**Caso: Autóctono:** Si la transmisión fue en área endémica donde actualmente reside el paciente. **Importado:** Si el paciente estuvo en área endémica tiempo atrás pero actualmente reside en zona no endémica. **Búsqueda: Activa:** Anotar si el paciente es captado fuera del servicio de salud o **Pasiva** si el paciente es captado en el servicio de salud. **Fecha de notificación:** Anotar la fecha en que se reporta al sistema de salud o captación del paciente. **Antecedentes patológicos:** Encerrar en un círculo, el inciso correspondiente y en el espacio punteado, anotar la patología descrita por el paciente. Identificar si tuvo Leishmaniasis en alguna de sus formas tiempo antes, de la misma manera encerrar en un círculo, si así lo refiere. **Clasificación del caso: NUEVO:** Todo caso que por primera vez presenta una lesión cutánea, mucocutánea o mucosa confirmado por laboratorio, **RE-INFECTIÓN:** Todo caso que presenta una lesión cutánea en sitio diferente a una lesión inicial. **RECAÍDA:** Todo paciente que reactiva la lesión previamente curada independientemente del tiempo de evolución. **FRACASO TERAPÉUTICO:** Todo caso de leishmaniasis que después de haber recibido tratamiento completo de acuerdo a norma, no muestra evolución favorable. **(3 meses LC y 6 meses MC y 12 meses LV).**

### 4. DATOS CLÍNICOS (Describa las características de las lesiones)

Dibujar la lesión y el lugar de esta; indicando su diámetro: Referencia del lugar de la lesión en el cuerpo del paciente y el diámetro con el que inicia el tratamiento. **Forma Clínica:** encerrar en un círculo el tipo de lesión. **Número y ubicación de las lesiones:** Anotar de forma numérica el número de lesiones según la localización anatómica. En el tipo mucocutánea realizar una breve descripción de las lesiones.

### 5. EXAMENES DE LABORATORIO.

Anotar la fecha de toma de muestra: día, mes y año

**Tipo de Prueba:** Frotis, Histopatología, Cultivo, PCR, Prueba Rápida para Leishmaniasis visceral, Otros tipos de prueba. **Fecha de resultado:** Anotar la fecha del resultado en día, mes y año. **Resultado:** Positivo, Negativo: De acuerdo al examen de laboratorio solicitado, se marcará en la casilla de positivo o negativo el resultado correspondiente.

### 6. LEISHMANIASIS VISCERAL

Paciente sin lesión visible: Encerrar en un círculo si el paciente presenta síntomas de **Leishmaniasis Visceral** y anotar **Fecha de inicio de Fiebre, Hepatomegalia, Esplenomegalia:** día, mes, año en que aproximadamente iniciaron estos síntomas. **Breve descripción del cuadro clínico de la lesión:** Describir los probables síntomas y signos desde su inicio y evolución. Anotar todos los antecedentes posibles y clínica del paciente que orienten mejor el diagnóstico presuntivo y laboratorio.

### 7. DATOS DEL SERVICIO DE SALUD Y DEL PERSONAL ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Anotar: Nombre del Centro de Salud, Red de Salud y la Red de Salud a la que corresponde. Sellos de la Institución. Adjuntar los sellos Institucionales. A la firma de la presente ficha, el paciente ha presentado los siguientes documentos: Es importante que al proceder a firmar la presente ficha, el paciente haya presentado la documentación señalada, (Fotocopia legible del *Carnet de identidad* y firmada por el paciente, *Reporte de Laboratorio de referencia* y *Consentimiento Informado* del tratamiento a recibir) como constancia de que es un paciente que presenta la enfermedad y el beneficio de recibir tratamiento gratuito, el médico o personal de salud debe explicar todo el procedimiento del tratamiento y la obligación de concluirlo.

**Firma y aclaración de nombre del paciente:** El paciente deberá firmar dando su aprobación a las recomendaciones sobre el tratamiento y en señal de haber otorgado la documentación respectiva. El documento podrá ser utilizado como una Declaración Jurada de cumplimiento de requisitos y beneficio de tratamiento gratuito.

**Nombre del Responsable de la atención al paciente,** firma y sello del mismo: Deberá ser llenado, firmado y sellado por el responsable de la atención al paciente en señal de conformidad de lo que todo lo que se expresa en la presente ficha.

#### REMISIÓN DE COPIAS:

- Copia N°1** (Original) Debe ser remitida al Ministerio de Salud y Deportes
- Copia N°2** (Copia) Se queda con el paciente
- Copia N°3** (Copia) Debe ser remitida al Servicio Departamental de Salud
- Copia N°4** (Copia) Se encuentra en archivo del Servicio de Salud