

1. DATOS GENERALES

SEDES:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
SERVICIO DE SALUD:	RED DE SALUD:	

2. DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS:			CARNET DE IDENTIDAD:		
EDAD:	SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	TELÉFONO:	CELULAR:	
DOMICILIO ACTUAL:		ZONA:	CALLE:	Nº	
TIEMPO DE RESIDENCIA:	OCUPACIÓN DEL PACIENTE:			VIVE SOLO: SI () NO ()	

CROQUIS DE LA VIVIENDA :

TELÉFONO CELULAR DE REFERENCIA:	SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO:
---------------------------------	--------------------------------

RESIDENCIA ANTERIOR:

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	MUNICIPIO	TIEMPO

LUGAR PROBABLE DE CONTAGIO:

HA SIDO CONTACTO DE UN CASO DE LEPRO: SI NO	
PARIENTE ()	VECINO () OTRO ()

3. CONTROL DE CONTACTOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO O AFINIDAD	ANTECEDENTE DE LEPRO	FECHA
1				SI NO	
2				SI NO	
3				SI NO	
4				SI NO	
5				SI NO	

4. DATOS CLÍNICOS

INICIO DE SIGNOS Y/O SINTOMAS (AÑO):	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (AÑOS O MESES):
--------------------------------------	-------------------------------------

DESCRIPCION DE LOS PRIMEROS SIGNOS Y/O SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD:

CUADRO CLÍNICO ACTUAL: (EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL, SIGNOS Y/O SINTOMAS ESPECÍFICOS Y CARACTERÍSTICAS DE LESIONES:

5. BACTERIOLOGÍA

FECHA DE TOMA DE MUESTRA: / /	LABORATORIO:
-------------------------------	--------------

LINFA OBTENIDA DE:	LOBULO DE LA OREJA ()	LESION ()	CODO ()
--------------------	------------------------	------------	----------

RESULTADO LABORATORIAL	FECHA DE RESULTADO: / /
------------------------	-------------------------

LOBULO DE LA OREJA	POSITIVO ()	NEGATIVO ()
--------------------	--------------	--------------

LESION	POSITIVO ()	NEGATIVO ()
--------	--------------	--------------

CODO	POSITIVO ()	NEGATIVO ()
------	--------------	--------------

6. HISTOPATOLOGÍA (Si corresponde o es necesario)

LABORATORIO QUE REALIZA EL INFORME:

RESULTADO HISTOPATOLOGICO:

INSTRUCCIONES DE LLENADO FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLOGICA DE LEPRO

1. DATOS GENERALES

Deben registrarse con claridad y precisión los datos del lugar donde se notifica el caso, especificando el Servicio Departamental de Salud, la Provincia, Municipio, Establecimiento de Salud y la Red de Salud correspondientes.

2. DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLOGICOS

Serán registrados en detalle todos los datos personales del paciente requeridos, y se realizará un diagrama del croquis de la vivienda, especificando calles y sitios de referencia (parques plazas, color de la puerta, etc). Del mismo modo se debe registrar un teléfono de referencia de contacto del paciente y el Centro de Salud mas cercano a su domicilio. En el cuadro siguiente será registrado los lugares de residencia anterior, para determinar el lugar de posible contagio. Igualmente se registrará si el paciente tiene nexos epidemiológico con un caso de lepra.

3. CONTROL DE CONTACTOS

Se considera contacto de caso a todas aquellas personas que tienen contacto prolongado con el paciente, de convivencia diaria sea domiciliaria o laboral. Serán registrados en el cuadro, todos los contactos del paciente especificando nombre, edad, parentesco o afinidad y si cuenta con algún antecedente de haber padecido lepra. En la columna de antecedente de lepra, marcar con una X, según corresponda. En caso de SI, señalar la fecha ó año aproximado de diagnóstico

4. DATOS CLÍNICOS

Los datos clínicos referentes a signos y síntomas serán descriptivos, especificando el dato del inicio de síntomas y el tiempo de evolución de la enfermedad, así como una breve descripción de los primeros signos o síntomas presentados.

El cuadro clínico actual se realizará de forma descriptiva, haciendo énfasis en la descripción de la(s) lesión(es).

5. BACTERIOLOGÍA

El examen bacteriológico será registrado indicando la fecha de la toma de muestra y el nombre del laboratorio de referencia.

Se registrará el sitio de la toma de muestra de linfa, especificando la lateralidad (Derecho o Izquierdo).

Se registrará el resultado obtenido, en cada sitio de muestreo, incluyendo el número de cruces reportado si el resultado es positivo y la fecha de reporte.

6. HISTOPATOLOGÍA

Si el caso lo amerita el examen histopatológico se realizará cuando el personal de salud lo considere necesario y pertinente.

El reporte será realizado de forma descriptiva, especificando el nombre del laboratorio que realizó el examen y solo se registrará el diagnóstico histopatológico reportado.

7. DIAGNOSTICO CLÍNICO

7.1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

NOTA: Tomar en cuenta:
Más de 5 manchas MB
Menos de 5 manchas PB

MULTIBACILAR	PAUCIBACILAR
Lepra Lepromatosa ()	Lepra Tuberculoide ()
Lepra Dimorfa ()	Lepra Indeterminada ()

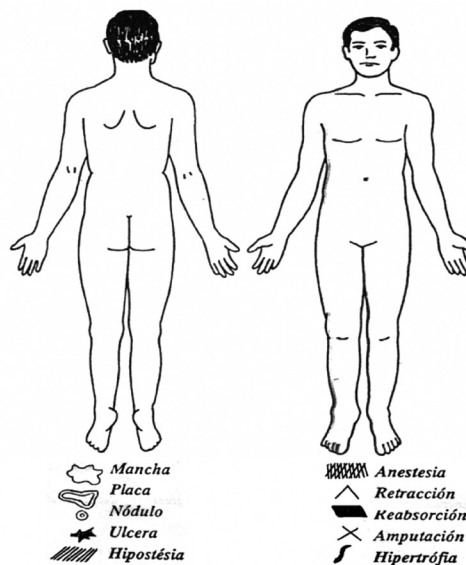
7.2. LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS Y NERVIOSAS:

Cabeza: _____

Tronco: _____

Extremidades Superiores: _____

Extremidades Inferiores: _____



8. REGISTRO DE DISCAPACIDADES

GRADO	MANOS		PIES		OJOS	
	SIGNO	D/I	SIGNO	D/I	SIGNO	D/I
0	SIN DAÑOS		SIN DAÑOS		SIN DAÑOS	
1	INSENSIBILIDAD		INSENSIBILIDAD		ENROJECIMIENTO DE LA CONJUNTIVA	
2	ÚLCERAS Y LESIONES TRAUMÁTICAS		MAL PERFORMANTE		LAGOFTALMOS	
	MANO EN GARRA MOVIBLE		DEDOS EN GARFIO		IRITIS O QUERATITIS	
	REABSORCIÓN LEVE		PIE CAIDO		VISIÓN BORROSA	
	MANO CAÍDA		REABSORCIÓN LEVE		PÉRDIDA SEVERA DE VISIÓN	
	ARTICULACIONES RÍGIDAS		CONTRACTURA		CEGUERA	
	REABSORCIÓN GRAVE		REABSORCIÓN GRAVE			

OTRAS LESIONES:

LESIONES FARINGEAS SI () NO () OTRAS: _____
 APLASTAMIENTO DE LA NARIZ SI () NO () _____
 PARÁLISIS FACIAL SI () NO () _____

9. TRATAMIENTO

9.1. TRATAMIENTO ANTERIOR Por: ABANDONO () FRACASO TERAPEÚTICO () RECAÍDA () NINGUNO ()
 ESQUEMA: MULTIBACILAR () PAUCIBACILAR ()

9.2. TRATAMIENTO ACTUAL

ESQUEMA: MULTIBACILAR () PAUCIBACILAR () FECHA DE INICIO: / /

10. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

10.1. VIGILANCIA ACTIVA CASA POR CASA () CAMPAÑA ()
 10.2. VIGILANCIA PASIVA EN SERVICIO DE SALUD ()
 10.3. TRANSFERENCIA REFERIDO()

11. SERVICIO DE SALUD QUE NOTIFICA

SERVICIO DE SALUD QUE NOTIFICA:

FECHA DE NOTIFICACIÓN: / /

PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA
FIRMA Y SELLO

VoBo INMEDIATO SUPERIOR
FIRMA Y SELLO

7. DIAGNOSTICO CLÍNICO

De acuerdo a la evaluación clínica, bacteriológica e histopatológica, definir el diagnóstico clínico según la clasificación operativa de la OMS, marcando en la casilla correspondiente.

La localización de las lesiones cutáneas y nerviosas serán descritas de acuerdo a la evaluación realizada, debiendo marcar en la imagen el sitio y tipo de lesión según el cuadro referencial y hacer una breve descripción de los hallazgos encontrados en cada región del cuerpo.

8. REGISTRO DE DISCAPACIDADES

En el cuadro de registro de discapacidades se marcarán las discapacidades encontradas de acuerdo a la evaluación clínica efectuada en manos, ojos y pies, debiendo registrar la particularidad hallada, según su lateralidad: "D" para el lado derecho, "I", para el lado izquierdo ó "D/I" si ambos lados se encuentran afectados. Del mismo modo, se debe marcar con una X si se hallan otras lesiones que no se encuentran descritas en el cuadro de registro de discapacidades, tales como: aplastamiento de la nariz, lesiones faringeadas o parálisis facial u otras.

9. TRATAMIENTO

9.1. De tratarse de un caso de retratamiento, especificar la razón y el esquema recibido según corresponda, marcando con una X.

9.2. Se registrará el tratamiento que actualmente se inicia, identificando el esquema marcando con una X, según corresponda, al igual se debe registrar la fecha de inicio del tratamiento.

10. IDENTIFICACION DEL CASO

Marcar con una X, la estrategia empleada para la captación del caso, si corresponde a Vigilancia Activa (Casa por Casa ó en Campaña) ó Vigilancia Pasiva (En Servicio de Salud). Igualmente si corresponde marcar con una X si el paciente fue transferido, identificando el Servicio de Salud donde se realiza la transferencia.

11. SERVICIO DE SALUD QUE NOTIFICA

Finalmente, registrar el nombre y sello del Servicio de salud que notifica el caso, la fecha de notificación y la firma y sello del Personal de Salud que notifica el caso, así como la firma y sello del Inmediato Superior.

DEFINICIONES

CASO SOSPECHOSO: Puede considerarse caso sospechoso a las personas que presenten algunas de las siguientes manifestaciones:

- Sintomáticos de piel (SP). Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hipoestésicas, hipopigmentada o rojiza, bien delimitadas o con brotes difusos, no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos.
- Uno o más troncos nerviosos periféricos muy engrosados, sin pérdida de sensibilidad ni lesión cutánea.
- Nervios dolorosos sin ningún otro indicio de Lepra.
- Úlceras indoloras en manos y/o en pies, sin ningún otro indicio de Lepra.
- Nódulos en la piel, sin ningún otro indicio.

CASO CONFIRMADO DE LEPRA: Todo paciente que presente al menos una de las siguientes características:

- Lesiones cutáneas hipo pigmentadas con hipoestesia (disminución de la sensibilidad)
- Deterioro o afectación de los nervios periféricos, demostrados por a) hipoestesia clara, o b) debilidad en manos y pies o cara, o c) trastornos funcionales neurovegetativos como anhidrosis (sequedad de piel).
- Presencia de deformidades visibles
- Signos de la enfermedad con presencia demostrada de bacilos en frotis cutáneo o confirmación histopatológica.

CASO PAUCIBACILAR (PB): Caso de lepra con 1 a 5 lesiones cutáneas y sin presencia demostrada de bacilos en frotis cutáneo

CASO MULTIBACILAR (MB): Caso de lepra con más de 5 lesiones cutáneas; o con afectación nerviosa (neuritis pura o cualquier número de lesiones cutáneas y neuritis); o con presencia demostrada de bacilos en un frotis por raspado de incisión cutánea, con independencia del número de lesiones cutáneas.

CONTACTO: Persona de cualquier edad, cuya relación con un individuo enfermo ha sido estrecha o intra domiciliaria, en los últimos 6 meses, o lactante menor de 6 meses que convive con el caso índice.