

**FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE  
 LEISHMANIASIS CUTANEA MUCOSA/VISCERAL**

**Definición de caso**

**Caso sospechoso leishmaniasis cutánea:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta lesiones cutáneas en forma de pápulas, únicas o múltiples, indoloras, redondas u ovaladas, de más de dos semanas de duración, y no causadas por un traumatismo, con antecedentes epidemiológicos (que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de leishmaniasis o con presencia de vector).

**Caso sospechoso leishmaniasis mucosa:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta lesiones inflamatorias infiltrativas de mucosa nasal, bucofaringea y/o laríngea, con o sin antecedentes de primoinfección cutánea, con antecedentes epidemiológicos (que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de leishmaniasis o con presencia de vector).

**Caso sospechoso leishmaniasis visceral:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre de más de 2 semanas de duración, con o sin otras manifestaciones clínicas, que proviene de un área endémica, con riesgo de transmisión o de otra donde esté ocurriendo un brote.

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**2. DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de fiebre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de la consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (.....38º)				Piel grisácea oscura pálida				Lesión cutánea única			
Fatiga				Edemas				Lesión cutánea única			
Debilidad				Piel escamosa				Cicatriz de primoinfección			
Pérdida de apetito				Patequias				Lesión de mucosa nasal			
Pérdida de peso				Adelgazamiento del cabello				Lesión bubofaríngea			
Vómitos				Hepatomegalia				Lesión laríngea			
Diarrea				Esplenomegalia							
Tos seca				Adenomegalia							

**Duración de la fiebre:** \_\_\_\_\_ **Características de la fiebre:**  Diurna  Nocturna

**En caso de una o más lesiones cutáneas, indique el/los lugar/es anatómicos:** \_\_\_\_\_

**Fecha de aparición de la primer lesión:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**3. SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA**

Leishmaniasis cutánea  Leishmaniasis mucosa  Leishmaniasis visceral

Lugar de viaje donde contrajo la enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de regreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de personas que viajaron: \_\_\_\_\_ Síntomaticos:  Si  No

## FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE LEISHMANIASIS CUTANEA MUCOSA/VISCERAL

### 5. DATOS DE LABORATORIO

1. Tipo de muestra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_  
2. Tipo de muestra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_  
3. Tipo de muestra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_  
4. Tipo de muestra: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

**Tipos de muestra:** Suero, sangre, heces, hisopado nasal, hisopado faríngeos, LCR, cerebros, biopsia, esputo, otros

### 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento indicado al paciente: \_\_\_\_\_  
Droga utilizada para el tratamiento: \_\_\_\_\_ Cantidad utilizada (dosis): \_\_\_\_\_  
Identificación de contactos o expuestos:  Si  No N° de contactos o expuestos identificados: \_\_\_\_\_  
N° de contactos positivos: \_\_\_\_\_  
Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.:  Si  No N° de viviendas controladas: \_\_\_\_\_  
Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.):  Si  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: \_\_\_\_\_ Cantidad aplicada: \_\_\_\_\_

### 7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente hospitalizado:  Si  No  Se ignora Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Condición de alta: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clasificación final: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Leishmaniasis cutánea; Leishmaniasis mucosa; Leishmaniasis visceral)

### 6. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre de profesional notificante: \_\_\_\_\_  
Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello de médico/a: \_\_\_\_\_