



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS
POR VECTORES (LEISHMANIASIS)

Nº000000

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA (TRATAMIENTO)																							Formulario N° 1 (Hoja 2)													
1. DATOS DEL PACIENTE																							Edad/Sexo		Peso											
Nombres						Apellido Paterno						Apellido Materno						M	F	Kg.																
2. RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE																																				
País				Departamento				Municipio				Localidad				N° Teléfono/Cel.																				
3. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD																																				
TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS ANTERIORMENTE?										SI		NO		¿QUE MEDICAMENTO?					¿POR CUÁNTO TIEMPO?																	
QUÉ FORMA CLÍNICA?										Cutánea		Mucosa		Cutánea mucosa					Visceral																	
4. TRATAMIENTO ACTUAL																																				
CONDICIÓN DEL TRATAMIENTO						Caso nuevo				Fracaso Terapéutico				Reacción Adversa				Retratamiento																		
5. ESQUEMA DE TRATAMIENTO A UTILIZAR																																				
Nombre del medicamento						Dosis mg/kg				mL/día				Cantidad total de ampollas																						
(Leishmania Cutánea 20 días, Leishmania Mucosa 30 días)																																				
ANTIMONIATO DE MEGLUMINA (20 mg/kg/peso)		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																																		
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
AMFOTERCINA - B - LIPOSOMAL (2-3mg/Kg/peso) EN HOSPITAL		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																																		
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	30					
MILTEFOSINA 2,5 mg/kg/peso		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																																		
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	30					
Otro Medicamento		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																																		
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
Encierre o subraye la procedencia del medicamento: a) Ministerio de Salud y Deportes b) Gobernación c) Municipio d) ONG e) Otro																																				
NÚMERO DE LOTE:																FECHA DE VENCIMIENTO: / /																				
Encierre (si es el caso), los efectos adversos al tratamiento: C= Cefalea V= Vómitos N= Nauseas P= Pirosis D= Diarrea M= Mialgias A= Artralgias P= Prurito F= Fiebre I= Insomnio N= Nerviosismo EC= Erupciones Cutáneas AN= Anemia , u otros.																																				
6. CONDICIÓN DE EGRESO																7. DESCRIBIR LAS CARACTERISTICAS DE LA LESIÓN DESPUÉS DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO																				
TRATAMIENTO TERMINADO																SI		NO																		
ABANDONO																SI		NO																		
PACIENTE TRANSFERIDO																SI		NO																		
FRACASO O FALLA TERAPEÚTICA																SI		NO																		
FALLECIDO																SI		NO																		
OBSERVACIONES.																																				
8. DATOS DEL PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO																																				

Servicio de Salud

Red de Salud

Nombre del responsable
del tratamiento

Firma y sello

Sello de la Institución

Nombre y firma del paciente

Adjuntar con la Ficha Clínica Epidemiológica:
a) Carnet de identidad (Fotocopia)
b) Reporte de laboratorio
c) Consentimiento informado (Firmado)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA (TRATAMIENTO)

La ficha clínica epidemiológica hoja 2 de Tratamiento, debe ser llenada para todo paciente que inicia tratamiento específico para Leishmaniasis en cualquiera de sus formas.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos 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.

RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE

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

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

¿Anotar si el paciente realizó tratamiento anterior para Leishmaniasis tiqueando la casilla correspondiente, (si la respuesta es negativa saltar al punto 4) así mismo indicar con ¿Cual medicamento?, Por cuánto tiempo? y que año lo realizó. Así mismo anotar que tipo forma clínica de Leishmaniasis.

TRATAMIENTO ACTUAL

Condición del tratamiento. Anotar si el tratamiento a iniciarse es: **CASO NUEVO:** Si nunca ha recibido tratamiento previo, **FRACASO TERAPÉUTICO:** Todo caso de leishmaniasis que después de haber recibido tratamiento completo de acuerdo a norma, no muestra remisión de la clínica y/o control laboratorial negativo **(3 meses LC y 6 meses MC y 12 meses LV).** **REACCIÓN ADVERSA:** Si el paciente durante el tratamiento presenta cefalea, vómitos, náuseas, pirosis, diarrea, mialgia, artralgia, fiebre, taquicardia, prurito, u otro similar a la reacción al fármaco, **RETRATAMIENTO:** Cuando el paciente ya recibió la medicación para la Leishmaniasis tiempo atrás y el cuadro remitió, pero que después de un tiempo la enfermedad se reactiva por lo que nuevamente debe someterse a tratamiento específico en el mismo esquema u otro según criterio de especialidad.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO A UTILIZAR:

Anotar en el espacio el medicamento que serán administrado, dosis calculada en mg/kg, que deberá tener relación con la cantidad de mL/día y el N° total de ampollas, frascos o comprimidos utilizadas en todo el tratamiento.

Pasar directamente a las casillas que registrarán la administración diaria del medicamento.

Anotar la fecha de inicio de tratamiento día, mes y año y empezar a registrar desde el día 1 hasta el día 20 o 30 según necesidad marcando con una X. Encerrar en un círculo la procedencia del medicamento que fue administrado al paciente. Ministerio de Salud y Deportes, Gobernación, Municipio, ONG, Otro. Anotar el **Número de Lote utilizado y la fecha de Vencimiento** del mismo.

Encierre en un círculo, si hubiese existido efectos adversos en el tratamiento: C= Cefalea V= Vómitos N= Nauseas P= Pirosis D= Diarrea M= Mialgias A= Artralgias P= Prurito F= Fiebre I= Insomnio N= Nerviosismo EC= Erupciones Cutáneas AN= Anemia, u otros.

CONDICIÓN DE EGRESO: Anotar la condición de egreso del paciente a la conclusión del tratamiento:

TRATAMIENTO TERMINADO: Es el paciente que ha terminado tratamiento de acuerdo a la forma clínica de Leishmaniasis, pero sin existencia de control parasitológico al final del mismo

ABANDONO: Cualquier paciente que habiendo iniciado tratamiento no cumple con el esquema de acuerdo a norma.

TRANSFERIDO: Es el paciente que ha sido derivado a otro establecimiento de salud y cuyos resultados evolutivos son desconocidos.

FALLECIDO: Es el paciente que ha muerto por cualquier causa, inclusive por Leishmaniasis (visceral) en el curso del tratamiento.

FRACASO O FALLA TERAPEÚTICA: Cuando un paciente ha sido tratado con la dosis adecuada, por los días recomendados para cada medicamento y no presenta curación clínica o hay reactivación de la lesión o persistencia parasitológica evaluado a los **(3 meses LC y 6 meses MC y 12 meses LV).**

DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN DESPUES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO.

Realizar una descripción descriptiva de la evolución del tratamiento.

DATOS DEL PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Anotar: Nombre del Servicio de Salud, Red de Salud, Nombre del Responsable de la atención al paciente, firma y sello del mismo.

De la misma forma el paciente en señal de conformidad de haber recibido a cabalidad los medicamentos mencionados, debe firmar (o estampar su huella digital en caso que no pueda firmar) adjunto su aclaración de su firma.

Sellos de la Institución. Adjuntar los sellos pertinentes.

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.

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