

MINISTERIO DE SALUD UNIDAD EPIDEMIOLOGIA



PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA LEISHMANIASIS

										FI	СН	IA (LIN	NIC4	۱ E	PID	ΕM	IOL	OG	iICA													
1. DATOS DEL PA	ACIEN	TE																						E	Edad/Se				Pe	Peso/Kg			
	nbre	2:				Apel					llido	ido Paterno:					Apellido materno:					М			F			. 63 67 118					
2. RESIDENCIA A																		3. FECHA DE NO															
	lida	d					Municipio						Provincia De				epartamento No. Telé				Teléfono	/Celu	ılar D N			Л А							
4. DATOS EPIDEI						·																											
Lugar y fecha pr	oba bl	e de	infe	ecció	n (pi	icad	lura																CASO					Búsque da					
	Lo	calid	lad	d				Mur	nicipio	io:			Provincia:			[Departame				Autócto	tóctono Importado			Activa			Pasiva					
i																																	
Antecedentes Patológicos: a) Ninguno b) Tuberculosis c) Cardiológico d) Nefrológico e) Otro (Patología de base)																																	
5. DATOS CLINICOS: Describa las características de las lesiones																																	
5. 5. 1105 CENTICOS. DESCRIBA IAS CALACTERISTICAS DE IAS IES										16310	1163							<u> </u>		NIÍMEDO V LIDICA CIÓN DE LA CLECIONES													
														TIPO DE LESIO									NÚMERO Y UBICACIÓN DE LAS L										
														Cutánea					Extremida									ie Nasal					
														Mucosa Muco Cutános					1		nida des Ir												
								•						Muco Cutá nea Viscera l					+		Tórax Abdomen Cabeza - Cara - Cuell					Labios Fosas Na			la sale s				
											Visceral Cabeza - Cara Genitales - Gl																						
							_											Orolalli					ige										
														PRESENCIA DE CICATRIZ: SI() NO ()											£								
De												Descripción inicial, seguimiento y evolución de la lesión:																					
Dibujar diámetro inicial de la lesión																																	
6. EXAMENES DE LABORATORIO																					7 15	ISHM	SHMANIASIS VISCERAL						Fechas inicio				
TIPO DE		ECH									TII	PO D		F	ECH	IA								AIVE	AJIJ VI	JC LI	VAL.		recii	a3 1111	cio		
PRUEBA RES) P	POSITIVO				ATIV	0	PRUEBA			RESULTADO			PC	OSITIVO			ATIV	O Fieb	Fiebre:										
FROTIS												CULTIVO		NESSEN ISS							Hon	Harris and an analysis											
110113											COLIIVO											пера	Hepatomegalia:										
IDR											PCR										Esple	Esplenomegalia:											
IFI										_																							
											OTRO										Otros Sínt				omas y signos de LV:								
HIST OPATOL OGÍA				+																		=											
8.	DOSI	FIC/	ACIC)N D	EMI	EDIC	CAN	MENT	os																								
GLUCANTII	ΜE											CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO																					
(20mg/Kg pe													(Leishmania Cutánea 20 dias, Leishmania Mucosa 30 días)																				
Aplicación IM o IV			Do	sis mg/Kg To			Tot	tal(Ar	np)	mL,		/día																					
FECHA INICIO		1	2	3	4	5	6	7	8	9 1	LO	11	12	13	14	15	16	17 1	18 :	19 2	0 2	21 22	23	2.	4 25	2	6 2	7	28	29	30		
TRATAMIENT	O			3	-	,	U	'	0	,	LU	11	12	13	17	13	10	1/		13 2	.0 '	21 22	23	۷.	4 23	2	0 2	_	20	23	30		
AMFOTERECINA	A - B							1 1					<u> </u>											<u> </u>		<u> </u>							
EN HOSPITA	L												CO	NTRO	DL D	IARIO) DE	TRAT	AMI	ENTO	(30 [DIAS)											
(0,5-1mg/Kg pe																																	
FECHA INICIO		1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13	3 14	15	16	17	18	19	20 21	22	23	24 2	25	26	27	28	29	30		
TRATAMIENT	0		<u> </u>				_	_		_				 				+								_							
			<u> </u>											<u> </u>				<u> </u>											<u> </u>				
Otro medicame	nto												-	NITO) D	I A DI) DE	TDAT	A B # I	ENITO	/201) (A C)											
		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)														JIAS)																	
			I	T	T	T	1					Т	T		T	1		I									T	T	T				
FECHA INICIO)	1	2	3 4	4 5	5	6	7 8	9	10	1:	1 1	2 1	.3 1	4	15	16	17	18	19	20	21 22	23	3 2	24 25	26	5 2	7	28	29	30		
TRATAMIENT			_	_	_] [_		_]		1	1		_ _	_ []	_	_ [_	L	L					1		_	_				
							T																					T					
Procedencia dal	medi	ram	u nento: Encierre o subraye la procedencia: a) PNVCLES b) Gobernación c) Municipio d) ONG e)														۱	Otro															
Describa en las o									•				•						•		•					^ -	\ ut 1	a: -	D 2				
		-													C=C6	ei aiea	v = V	ornitos	5 IV =	ivausea	as P=P	HOSIS D=L	n arrea	ı IVI=	-ivii aig ias	A=A	vi (La l	Rı as	r=Pr	urit0			
F=Fiebre I=Insomnio N=Nerviosismo ER=Erupciones Cutáneas AN=Anemia , u otros. 10. CONDICION DEL																																	
9. CONDICION DE EG			0					AMIENTO					11. DATOS DEL MÉDICO TRAT											ANT	INIE								
TTO. TERMINADO			NUEVO						T		T																						
FRACASO TERAPEÚTICO			RETRATAMIEN										ro de Salud:											Re	Red de Salud:								
			FALLECIDO						V10															1									
TRANSFERIDO			rAL	LECI	טט					\dashv																							
ABANDONO	1										1			Nombre del médico tratante Eirma y Sello:																			

Original PNVCLES

1ª Copia Establecimiento de Salud

2ª Copia Laboratorio

3ª Copia SEDES