

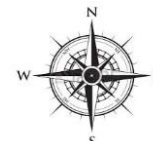
1. DATOS GENERALES

SEDES: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ RED DE SALUD:
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

2. DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLOGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ CARNET DE IDENTIDAD : _____
 EDAD: _____ SEXO : Masculino ☐ Femenino ☐ FECHA Y AÑO DE NACIMIENTO: _____
 DOMICILIO ACTUAL: _____ Teléfono: Fijo/Móvil
 CROQUIS DE LA VIVIENDA :

Otro Teléfono de referencia: _____



LUGARES DONDE HA VIVIDO ANTERIORMENTE:

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	TIEMPO DE PERMANENCIA

LUGAR PROBABLE DE CONTAGIO: _____

HA SIDO CONTACTO DE UN CASO DE HANSEN SI ☐ NO ☐
 PARIENTE ☐ VECINO ☐ OTRO ☐
 FORMA CLÍNICA: PB: LT ☐ MB LL ☐ LD ☐ LI ☐

3. DATOS CLÍNICOS

INICIO DE SINTOMAS: ____/____/20____ TIEMPO DE EVOLUCIÓN (AÑOS O MESES): _____
 PRIMEROS SIGNOS O SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD: _____
 CUADRO CLÍNICO ACTUAL: _____
 SÍNTOMAS: _____
 EXAMEN FÍSICO (LESIÓN): _____

4. BACTERIOLOGIA:

FECHA DE TOMA DE MUESTRA: ____/____/20____

LINFAS OBTENIDAS DE: LESIÓN ☐ LOBULO DE LA OREJA ☐

RESULTADO LABORATORIAL: FECHA DE RESULTADO ____/____/20____

LOBULO DE LA OREJA	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
LESION	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
CODO	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

5. HISTOPATOLOGIA

LABORATORIO QUE REALIZA EL INFORME:

RESULTADO

POSITIVO	<input type="checkbox"/>	MB	<input type="checkbox"/>	PB	<input type="checkbox"/>
		LL	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
		LD	<input type="checkbox"/>		

CLASIFICACIÓN CLÍNICA INICIAL

MB	<input type="checkbox"/>	PB	<input type="checkbox"/>
LL	<input type="checkbox"/>	LT	<input type="checkbox"/>
LD	<input type="checkbox"/>	LI	<input type="checkbox"/>

6. CONTROL DE CONTACTOS

NOMBRE	EDAD	AFINIDAD O PARENTESCO

7. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

ACTUAL (Medicamento y dosis y tiempo)

ANTERIOR (Medicamento y dosis y tiempo)

MB ☐PB ☐

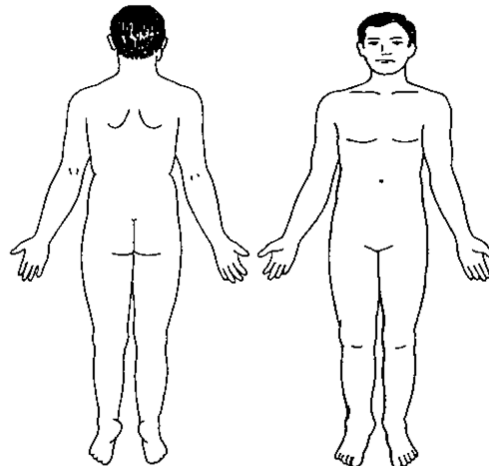
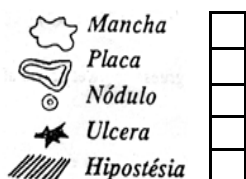
8. LOCALIZACION DE LAS LESIONES

NOTA:

Tome en cuenta

Más de 5 manchas MB

Menos de 5 manchas PB



9. REGISTRO DE DISCAPACIDADES

GRADO	MANOS		PIES		OJOS	
	SIGNO	DAÑO/LESION	SIGNO	DAÑO/LESION	SIGNO	DAÑO/LESION
0	SIN DAÑOS	D/L	SIN DAÑOS	D/L	SIN DAÑOS	D/L
1	INSENSIBILIDAD		INSENSIBILIDAD		ENROJECIMIENTO DE LA CONJUNTIVA	
2	ULCERAS TRAUMÁTICAS		MAL PERFORANTE		LAGOFTALMOS IRITIS O QUERATITIS	
	MANO EN GARRA MOVIBLE		DEDOS EN GARFIO		VISION BORROSA	
	MUTILACION LEVE		PIE CAIDO			
	MUÑECA CAIDA		MUTILACION LEVE			
	ARTICULACIONES RÍGIDAS		COTRACTURA		PÉRDIDA SEVERA DE LA VISIÓN	
	MUTILACIÓN GRAVE		MUTILACION GRAVE		CEGUERA	

OTRAS LESIONES

LESIONES FARINGEAS

SI ☐NO ☐

APLASTAMIENTO DE LA NARIZ

SI ☐NO ☐

PARALISIS FACIAL

SI ☐NO ☐

FORMACLINICA FINAL

MB

LL ☐LD ☐

PB

LT ☐LI ☐

10. FORMA DE DIAGNÓSTICO DE CASO

CASA POR CASA ☐CAMPAÑA ☐EN SERVICIO ☐REFERIDO ☐

11. ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA.-

FECHA DE NOTIFICACION

20

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO