	FORMATO	FOR-LRRSP- 092
	FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIA	Edición N° 01

ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....

N° HIST:.....FECHA:.....

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre.....

EDAD:..... SEXO:..... RAZA:..... TELEF:.....

LUGAR DE NACIMIENTO:.....

Dpto. Prov. Distri. Caserío.

PROBABLE LUGAR DE CONTAGIO:.....

Dpto. Prov. Distri. Caserío.

ALTITUD (m.s.n.m).....

OCUPACION ACTUAL:

- | | | |
|---------------|---------------|-----------|
| 1. Agricultor | 3. Estudiante | 5. Minero |
| 2. Maderero | 4. Su casa | 6. Otros |

ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE EL CONTAGIO:

- | | | |
|------------------------------|----------------------|---------------|
| 1. Agricultura sin desbosque | 2. Extracción de oro | 3. Carreteras |
| 4. Agricultura sin desbosque | 5. Otros | |

TIEMPO RESIDENCIA LUGAR DE CONTAGIO: Días..... Meses:..... Años:.....

RESIDENCIA ACTUAL:.....

Dpto. Prov. Distri. Caserío.

FORMA CLINICA:

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. Andina cutánea | 4. Selvática cutánea |
| 2. Andina mucosa | 5. Selvática mucosa |
| 3. Visceral | 6. Cutánea diseminada |

TIEMPO DE ENFERMEDAD CUTANEA: Días:..... Meses: Años:

NUMERO DE LESIONES:

TIPO DE LESIONES:

- | | | |
|---------------|------------------|-----------------|
| 1. Ulcerativa | 2. Proliferativa | 3. Infiltrativa |
| 4. Nodular | 5. Cicatriz | 6. Otros |



LOCALIZACIÓN DE LECCIONES (Diferenciar activas de cicatrízales)

ACTIVAS	LESION 1	LESION 2	LESION 3	LESION 4
Localización
Tiempo evolución
Tamaño (mm)
CICATRIZIALES	LESION 1	LESION 2	LESION 3	LESION 4
Localización
Tiempo evolución
Tamaño (mm)


RECIBIO TRATAMIENTO SI..... NO..... NO

RECUERDA:.....

MEDICAMENTO

N° Ampollas	Dosis.....	Fechas de aplicación
Glucantine	De..... A.....
Pentonsam	De..... A.....

VIA DE ADMINISTRACION: Intramusc: Endovenoso: Intralesional:

	FORMATO	FOR-LRRSP- 092
	FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIA	Edición N° 01

OTROS TRATAMIENTOS: SI () NO ()
 Remedio vegetal..... Quemó lesión.....
 Otros..... No recuerda.....

1. Cura completa () 2. Mejoría 3. No modificó ()
 5. No recuerda ()

LESION MUCOSA: SI..... NO..... Si la respuesta es SI:
INICIO DE LA ENFERMEDAD:
DURACION DE LA ENFERMEDAD: Días..... Meses..... Años.....
EXTENSION DEL COMPROMISO MUCOSO:

1. Fosas nasales 4. Laringe 7. Lengua
 2. Septo nasal (tabique) 5. Úvula 8. Labios
 3. Epiglotis 6. Paladar 9. Faringe

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO ACTUAL: SI () NO ()

Si la respuesta es afirmativa:

MEDICAMENTO	N° Ampollas	Dosis.....	Fechas de aplicación
Glucantime	De A.....
Pentonsam	De..... A.....
Otros	De..... A.....

PRUEBAS DE LABORATORIO RELIZADAS:

LEISHMANINA	FROTIS	CULTIVO	IFI	HISTOLOGÍA	OTRO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA OBT:
 RESULTADO:

TRATAMIENTO ACTUAL:

DROGA..... **DOSIS**.....
FECHA DE INICIO..... **FECHA DE TERMINO**.....
 Defectos colaterales.....

ANTECEDENTES DEL VECTOR:

Como cree que se infectó?
 Presencia de lutzomia en la zona SI () NO ()

OBSERVACIONES:.....

.....
VB JEFE DE UNIDAD

