



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. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (..... 38° C)				Piel grisácea oscura pálida				Lesión cutánea única			
Fatiga				Edemas				Lesión cutánea múltiple			
Debilidad				Piel escamosa				Cicatriz de primoinfección			
Pérdida de apetito				Petequias				Lesión de mucosa nasal			
Pérdida de peso				Adelgazamiento del cabello				Lesión bucofaringea			
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: ____/____/____



4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Viajes en los últimos 30 días

Lugar	Fechas

Actividades desarrolladas

Lugar	Fechas

Trabajo/actividad laboral: _____ Lugar de trabajo: _____

Actividades de recreación (pesca, caza, etc.): _____ Fecha de la última actividad: ___/___/___

¿Tiene perros? Si No

Perro	Nombre	Edad aprox.	¿Nació en su casa?	Origen

¿Ha notado en los animales algunos de los siguientes signos?

Nombre del animal	Pierde el pelo (fecha aprox.)	Adelgazamiento (fecha aprox.)	Úlceras (fecha aprox.)	Poco activo

Si alguna respuesta es SI, ¿Consultó al veterinario? Si No

Nombre del profesional	Dirección	Fecha aproximada	Diagnóstico

Observaciones: _____

Características del peridomicilio: ¿Posee alrededor de su vivienda...?

	SI	NO	Distancia de la casa (en metros)	Nº de animales
Gallinero				
Corral				
Chiquero				
Monte				
Río, lago o laguna				
Canal o zanja				



SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

Leishmaniasis cutánea Leishmaniasis mucosa Leishmaniasis 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 faríngeo, LCR, cerebro, 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 ¿Cuales?: _____

Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___

Condición del alta: _____ Fecha del alta: ___/___/___

Fecha de defunción: ___/___/___

Clasificación final: _____ Fecha: ___/___/___

(Leishmaniasis visceral, visceralización de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa)

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico