



**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