



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE POLITICAS DE SALUD
Dirección de Epidemiología
E Información de la Salud

***** PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LEPROA – FICHA DE REGISTRO*****

NRO. DE REGISTRO: * _____ FECHA: ____/____/____

PROVINCIA: *

AP. Y NOMBRE DEL ENFERMO:

NUMERO DE DOCUMENTO: _____
TIPO: 1- DNI 2- LE 3- LC 4- CI 5- PASAPORTE 6- OTROS 9- S/E

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ SEXO: 1-M 2-F 9- S/E

LUGAR NACIMIENTO: DEPTO:.....* _____
PCIA:.....* _____
PAIS:.....* _____

LUGAR RESIDENCIA: CALLE Y NRO:

C.P.: _____ LOCALIDAD:.....
ZONA: 1- URBANA DEPTO:.....* _____
2- RURAL PCIA:.....* _____
9- S/E PAIS:.....* _____

CLASIFICACION: Madrid: 1-I 2-T 3-B 4-L 9- No clasificado.
Ridley y Jopling: 1-I 2-TT 3-BT 4-BB 5-BL 6-LL 9- No clasificado.

BACILOSC.: Mucus: 1-+ 2-++ 3-+++ 4-++++ 5-Neg. 9-S/E IM: _____
Piel: 1-+ 2-++ 3-+++ 4-++++ 5-Neg. 9-S/E IM: _____

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO: 1-Si 2-No 9-S/E

LEPROMINA: 1-Si _____ mm. 2-No 9-S/E CICAT.POST LEPR: 1-Si 2-No 9-S/E

TRATAMIENTO PREVIO: 1-Si 2- No 9-S/E

ULT. UGAR DE ASISTENCIA:.....*

RECIDIVA: 1-Si 2- No 9-S/E REINGRESO: 1-Si 2-No 9- S/E

TRANSFERIDO: 1-Si 2- No 9-S/E

AÑO 1ros SINTOMAS : _____ FECHA DE INICIACIÓN TRAT. _____

REACCION: 1-Si C /talidomida 2- Si S /talidomida 3- No 9- S/E

DETECTADO POR: 1- E. Móvil 2- Institución 3- A.P.S. 4- Medico Privado 9-S/E

METODO DE DETECCIÓN:

1- Notificación. 2- Voluntario o presentación espontánea.
3-Exámen de contactos. 4- Exámen masivo de población.
5- Operativos especiales. 9- No consignado.

CONTACTO DE OTRO/S ENFERMO/S DE LEPROA: 1- Si 2- No 9- S/E

Apellido y Nombre:.....*

Grado de parentesco:.....*

Forma Clínica:.....*

IMPORTANTE: LLENAR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA – (*) NO LLENAR

TIPO DE TRATAMIENTO:

1 – Sulfona 2-SR 3- SC 4- RC 5- SRC 6- SRC c/fase inicial intensiva
 7- SRC Supervisado 8- SRC Supervisado c/fase inicial intensiva 9- S/E
 10- SR Supervisado 11- Otros:.....

TRATAMIENTO A CARGO DE:

1- Centro o Institución:..... * _____

2- Medico particular:

Matricula: _____

3- Equipo

Móvil:

REGISTRO DE CONTACTOS:

Apellido y Nombre.	Fecha de Nac.	Grado parentesco	Ex. Físico	Lepro.

REGISTRO DE INCAPACIDADES.

LES.LARING: **1 – Si 2 – No** APLAST.NARIZ: **1 – Si 2- No** PARÁLISIS FAC: **1- Si 2- No**

GRADO	MANO			PIE			OJO		
	SINTOMATOLOGIA	I	D	SINTOMATOLOGIA	I	D	SINTOMATOLOGIA	I	D
I	Insensibilidad			Insensibilidad			Conjuntivitis		
II	Ulceras y lesiones traumáticas.			Ulcera plantal.			Lagofalmo.		
	Mano en garra móvil.			Dedos en garra.			Iritis o Queratitis.		
	Mutilación leve.			Pie caído. Mutilación leve.			Visión borrosa		
III	Mano caída.			Contractura.			Perdida grave de la visión.		
	Articulaciones rígidas Mutilación Grave.			Mutilación grave			Ceguera.		
GRADO MAX		*	*		*	*		*	*

CONFECCIONADO POR:.....

CARGO:..... FIRMA:.....

OBSERVACIONES:.....

.....