

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA										FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E INVESTIGACIÓN DE CASO DE LEISHMANIASIS				
fecha de llenado		fecha de notificación			paciente sospechoso de leishmaniasis cutánea <input type="checkbox"/>									
					mucocutánea <input type="checkbox"/>		visceral <input type="checkbox"/>							
Búsqueda activa de casos <input type="checkbox"/>		Búsqueda pasiva <input type="checkbox"/>			Dirección de área de Salud									
					Municipio									
					Caso No.				Año					
DATOS GENERALES														
Unidad Notificadora														
								Fecha de Notificación						
Área de salud								Distrito				Servicio		
Nombre del servicio privado								IGSS				Sanidad Militar		
Responsable del llenado								Cargo				Teléfono		
DATOS PACIENTE														
Primer nombre			segundo nombre			Primer apellido								
Segundo apellido			Número de CUI			No de teléfono								
Sexo Femenino <input type="checkbox"/>		embarazada <input type="checkbox"/>		Semana de embarazo				Sexo masculino <input type="checkbox"/>						
Pueblo				Comunidad lingüística				Ocupación						
Escolaridad				Residencia										
Departamento								Municipio				Poblado		
Coordenadas geográficas				Longitud				Latitud						
Dirección														
Edad		Años		Fecha de Nacimiento		Día		Mes		Año				
Nombre, apellidos y no. De teléfono de la madre, padre o encargado si es menor de edad														
OCUPACIÓN														
Agricultor <input type="checkbox"/>		Ama de casa <input type="checkbox"/>		Comerciante <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>		otro especifique				
Horario de trabajo														
SIGNOS Y SINTOMAS CLÍNICOS														
Fecha de inicio de síntomas			Día	Mes	Año	Semana epidemiológica								
Hospitalización		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Hospital										
Fecha de Hospitalización			Día	Mes	Año	No. De Registro Médico								
Condición de egreso		mejorado <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>	muerto <input type="checkbox"/>	Fecha de egreso		Día		Mes		Año			
Observaciones:														
SOSPECHOSO DE L. CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA (dibujar en el diagrama la localización de úlcera)				SOSPECHOSO DE L. VISCERAL										
		SI	NO	N/S			SI	NO	N/S			SI	NO	N/S
Tiene cicatrices anteriores					Fiebre					Esplenomegalia				
Fecha de inicio de la úlcera					Anemia					Palidez mucocutánea				
Tiempo de padecer la úlcera					Linfadenopatía					Pérdida de peso progresiva				
Tamaño promedio en centímetros de la úlcera					hepatomegalia									
Otro, especifique														
DATOS DE LABORATORIO LEISHMANIASIS														
Fecha de toma muestra		Frotis directo <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Frotis de medula ósea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>												
Fecha de diagnóstico		Fecha entrega de resultados		Resultado		Positivo <input type="checkbox"/>		Negativo <input type="checkbox"/>		Cutánea <input type="checkbox"/>				
						Mucocutánea <input type="checkbox"/>		Cutánea atípica <input type="checkbox"/>		Visceral <input type="checkbox"/>				
Observaciones														
HISTORIAL DE MEDICAMENTOS														
¿Tratamientos antes de la toma de la muestra? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> químico <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> ¿Cuál?														
ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS														
¿Ha viajado o permanecido en Petén, Huehuetenago, Quiché, alta Verapaz, Baja Verapaz, Izabal, El Progreso, Chiquimula o otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> hace cuanto tiempo? Ha dónde?														
Ha viajado a otro país en lugares endémicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> hace cuanto tiempo?				Ha dónde?										
INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CASO						(Epi-2) Epi-sección 2								
Datos de la investigación														
Fecha de Visita Domiciliar		Día		Mes		Año								
Nombre de investigador				Cargo				Firma						

Origen de la infección?: Lugar (Localidad, Municipio, Departamento, País) (tome en cuenta historia de viajes)	Fecha probable de infección
---	-----------------------------

Análisis y observaciones del caso:

Clasificación final de caso **Local** Autóctono Recaída **Importado**

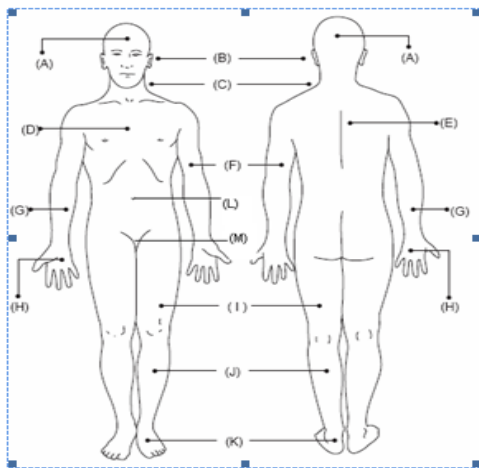
Resultados de muestras a colaterales (contactos)

Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso si no especifique número

Búsqueda activa de casos: Si ___ No ___ No. de casos encontrados en la búsqueda activa:

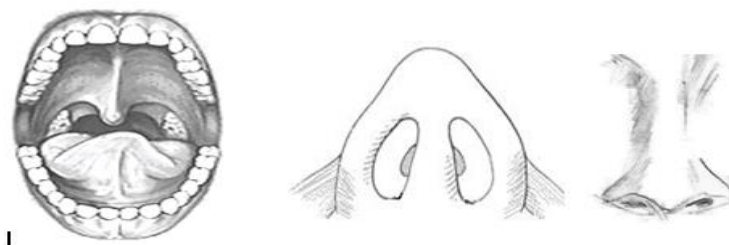
Nombre	Edad	sexo	Fecha de diagnóstico	Resultado
--------	------	------	----------------------	-----------

Dibuje la localización de las lesiones en el diagrama de abajo



Localización de la(s) Lesión(es)	Cantidad
A) Cara	<input type="text"/>
B) Orejas	<input type="text"/>
C) Cuello	<input type="text"/>
D) Tórax anterior	<input type="text"/>
E) Tórax posterior	<input type="text"/>
F) Brazos	<input type="text"/>
G) Antebrazos	<input type="text"/>
H) Manos	<input type="text"/>
I) Muslos	<input type="text"/>
J) Piernas	<input type="text"/>
k) Pies	<input type="text"/>
L) Abdomen	<input type="text"/>
M) Genitales	<input type="text"/>
OTROS -----	<input type="text"/>

Si tiene lesiones sospechosas en la nariz o boca, señálelas en el diagrama de abajo



Tratamiento administrado y/o procedimientos realizados:	
Nombre y firma quien lleno la ficha	
Vo.bo. del Director del Distrito	
Revisado por el epidemiólogo de la DAS	