



Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas, al inicio maculo pápulas, pruriginosas o no, que progresan a lesiones generalmente tipo ulcerosa, redondeada, indolora con bordes bien definidos, de base eritematosa, levantado e indurado, de tiempo de evolución no menor de 4 semanas y falta de respuesta al tratamiento antibiótico convencional.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS MUCOSA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, paladar blando, rinofaringe, faringe, laringe o labio superior, generalmente con antecedente, de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido la lesión por otras patologías.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS VISCERAL: Todo paciente que proviene de un área endémica o de otra donde está ocurriendo un brote y presenta alguno de estos síntomas: Fiebre de más de 2 semanas, esplenomegalia, hepatomegalia, adenomegalia, anemia y pérdida de peso.

IPRESS NOTIFICANTE : _____

FECHA NOTIFICACIÓN : _____

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: _____ DNI : _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: (Distrito, Provincia, Departamento) _____

Edad: _____

Residencia habitual:

Dirección: Av. / Jr./ Calle _____ N° _____ Mz _____ Lote: _____

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

II. ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO

Lugar de contagio

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Tiempo de permanencia en el lugar de contagio: _____ (días/meses/años)

Actividad que desarrollo durante el contagio: () Agricultura () Extracción de Madera () Extracción de oro () Estudiante ()
() Industria petrolera () Comerciante () Fuerzas Armadas () Biólogo/Investigación () Turismo () Su casa ()
() Comerciante () Otros

Existe otras personas con lesiones similares en su vivienda o localidad? Si () NO ()

III. DATOS CLINICOS

Síntomas: Dolor en la lesión () Fiebre () Prurito local () Tupidez nasal () Disfonía leve () Disfonía moderada () Disfonía grave ()
Dificultad respiratoria leve () Dificultad respiratoria moderada () Dificultad respiratoria severa () Tos () Pérdida de peso ()

Antecedente de otras enfermedades: TBC () VIH () Enf. De Chagas () Otras: Especificar _____

Alergia medicinas: _____ **SI** **NO** ☐ _____

Fecha de última regla: ____/____/____ MAC usado: _____

Medicinas usadas actualmente: _____

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS : # de lesiones activas:

de Cicatrices:

#	FECHA DE INICIO	TIPO	LOCALIZACION	GANGLIOS SI/NO	INFECCIÓN SI/NO	DIAMETROS (mm)	SUPERFICIE (MM2)

Tipo: 1-Ulcera 2-Nódulo 3-Verrugosa 4- Cicatriz

Localización: 1-Cabeza 2-Miembro superior 3-Miembro inferior 4-Torso 5-Pelvis

Diámetros: Bordes de úlcera Área: (d1 x d2)/4 mm²



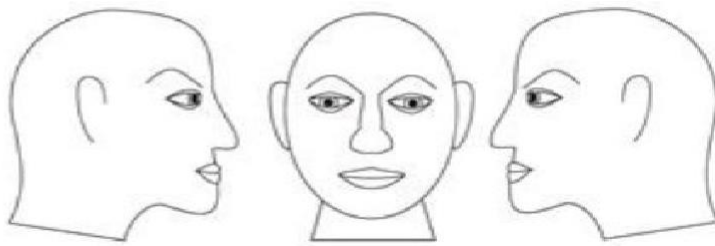
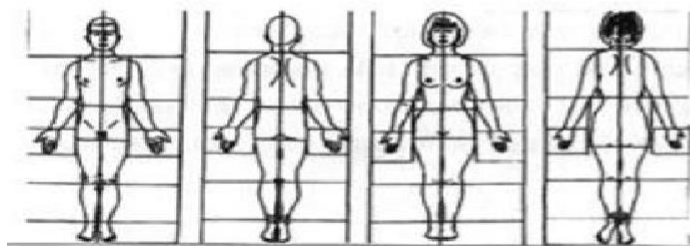
PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de

ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

MARCAR Y NUMERAR LAS LESIONES



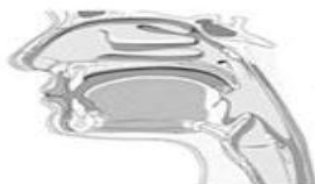
ENFERMEDAD MUCOSA SI ()

NO ()

Fecha de inicio de síntomas

Tiempo años

Meses



COMPROMISO DE ESTRUCTURAS

Compromiso

o

Erit

Edema

Inf

Ulc

N° de lesiones y
características

Nariz

Narinas

1/3 anterior

Septo Nasal

Cornetes

Boca

Labios

Arcada

Paladar

Uvula

Faringe

Epiglotis

Cuerdas vocales

Otros

Signos leishmaniasis visceral

Hepatomegalia

Esplenomegalia

Adenomegalia

Anemia

Pérdida de peso

Anorexia

Adenopatías

Epistaxis

Hemorragia gingival

Debilidad progresiva

desnutricion

edema

Alteraciones de la piel

Ascitis

VI. PRUEBAS DE LABORATORIO

FROTIS DIRECTO		CULTIVO			HISTOPATOLOGIA			IDR		ELISA		PCR
FECHA	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	RESULT	FECHA	RESULT	

DIAGNOSTICO

LEISHMANIA CUTANEA

LEISHMANIA MUCOSA

LEISHMANIA VISCERAL

Primer episodio

Reinfección

Recai

Falla al tratam.

Trat. adecuado

Trat.Inadec.

Ficha llenada por: médico ()

enfermera () Otros profes. Salud () Téc. Enfermería ()

Otros :

Especificar:

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Teléfono 01-6314500

Calle Daniel Olavechea N° 199 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828