

Caso sospechoso de **LEISHMANIASIS VISCERAL**

		SE:	Fecha de notificación: __/__/__
Inicio de síntomas: __/__/__	Fecha consulta: __/__/__	Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ingreso: __/__/__
Institución:	Sector:	Tel:	int.:

**Datos del caso**

CI:	Nombres y apellidos (en imprenta):		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: __/__/__	Edad: __ años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/>	(señale lo que corresponda)
Dirección:		Barrio:	
Departamento:	Localidad:	Tel/cel:	

**Datos del notificador**

Nombre y apellido:	Notifica como:	Cel:
--------------------	----------------	------

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Datos clínicos y epidemiológicos:**

Fiebre (Fecha de inicio: __/__/__)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sint. digestivos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Debilidad progresiva	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	
Anorexia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Adenomegalia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Edemas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrados	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Lugar de residencia: rural ☐ sub-urbano ☐ urbano ☐

Ocupación actual (especifique):

¿Estuvo o reside en zona con caninos positivos? SI ☐ NO ☐

¿Viajó a áreas con circulación de Leishmaniasis canina? SI ☐ NO ☐

Dónde: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso al país: \_\_/\_\_/\_\_

¿Tiene diagnóstico de VIH positivo confirmado? SI ☐ NO ☐ Desconocido ☐

**Paraclínica:**

Hemograma	Leucocitos: _____/mm <sup>3</sup>	Plaquetas: _____/mm <sup>3</sup>	Hematocrito: ____%
-----------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------

Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública

Fecha toma de muestra	Método	Resultado
1º __/__/__		
2º __/__/__		

**Evolución del caso**

Requirió internación en CTI SI ☐ NO ☐ Egreso: alta ☐ fallecimiento ☐ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

**Diagnóstico final:**

Clasificación (cuando corresponda):  
confirmado ☐ descartado ☐ eliminado ☐ incompletamente estudiado ☐

C.P.:

Nº Reg:

Actualizado setiembre 2017