



**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION DE**  
**ENFERMEDADES DE**  
**NOTIFICACION OBLIGATORIA**  
**FICHA DE LEISHMANIASIS**  
**VISCERAL (HUMANOS)**

**ENFERMEDAD: LEISHMANIASIS VISCERAL (HUMANOS) (1F54.0)**

**DEFINICIÓN DE CASO: ENFERMEDAD ZOOTONICA DE COMPORTAMIENTO INFECCIOSA CRÓNICA GENERALIZADA, POTENCIALMENTE MORTAL. CARACTERIZADA POR FIEBRE PROLONGADA, HEPATOSPLENOMEGALIA, LINFOADENOPATIA, ANEMIA, LEUCOPENIA, TROMBOCITOPENIA, EMACIACIÓN Y DEBILIDAD PROGRESIVA .**

1. Numero del Caso:		2. Fecha de Elaboración: (D/M/A) _____		3. Establecimiento:		4. Parroquia:	
5. Municipio:		6. Estado:		7. Código:		8. Fuente de Notificación: Público <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> otros <input type="radio"/>	
9. Primer Apellido:		10. Segundo Apellido:		11. Primer Nombre:		12. Segundo Nombre:	
13. C.I. Pasaporte: V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año		16. Edad:	
18. Etnia:		19. Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados:		17. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
22. Profesión:		23. Ocupación:		24. Latitud:		21. Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	
25. Longitud:		26. Coordenadas UTM: Norte _____ Este _____		27. Cuadrante Local:		28. Huso Horario:	

**Dirección de Habitación**

29. Entidad de Residencia:		30. Municipio de Residencia:		31. Parroquia de Residencia:		32. Localidad de Residencia:	
33. Urbanización./Sector/Rural Zona Industrial:		34. Avenida./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		35. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		36. Piso/ Planta/Local:	
37. Teléfono de Habitación (fijo):		38. Teléfono Celular (móvil):		39. Punto de Referencia:			
40. Nombre de la Madre y/o Representante:				41. Nombre del Padre y/o Representante :			

**Datos Epidemiológicos**

42. Área geográfica donde la persona enfermo: Localidad _____ Parroquia _____ Municipio _____ Estado _____ País _____ Zona Urbana ___ Peri urbana ___ Zona Fronteriza _____					
43. Condiciones Ecológicas presentes donde la persona enfermo: Vegetación baja abundante Si ___ No ___ Lagunas Si ___ No ___ Embalses Si ___ No ___ Abundancia de vectores (mosquitos) Si ___ NO ___ Abundancia lluvia Si ___ NO ___					
44. Manifestación de la Enfermedad anteriormente: Si ___ No ___				45. Fecha de esta Investigación (D/M/A) _____	
46. Lugares visitados los últimos 6 meses:					
Fecha: (D/M/A)	Localidad	Parroquia	Municipio	Estado	País
47. Otros casos en la zona: SI — NO — En caso de SI donde: _____				48. Contacto directo con caninos: SI ___ NO _____	
49. ¿Ha visto caninos enfermos con manifestaciones cutáneas? SI ___ NO _____ 50. En caso de SI cuales: _____					
51. Fecha de inicio de los síntomas: (D/M/A) _____					

**52. Datos de la Enfermedad :**

Datos Clínicos	Si	No
Fiebre		
Diarreas		
Palidez		
Edema		
Tos		
Ictericia		
Cuadros Infecciosos		
Linfadenopatías		
Aumento del Bazo (esplenomegalia)		
Aumento del hígado (hepatomegalia)		
Hemorragias		

Datos Clínicos	Si	No
Anemia		
Leucopenia		
Trombocitopenias		
Emaciación		
Disminución del peso Corporal:		
Alteraciones neurológicas:		
Alteraciones Psiquiátricas:		
Infección HIV:		
Convulsiones		
Otros Signos :		
En caso de SI cuales: _____		

53. Fecha de Denuncia o Notificación: (D/M/A) _____ Nº de Semana Epidemiológica: _____	54. Fecha de Atención Médica: (D/M/A) _____	55. Fecha de Alta Epidemiológica: (D / M / A ) _____
---	---	--

### Diagnóstico de Laboratorio – Resultados

56. Tipo de Muestra tomada: aspirado de médula ósea _____ Suero sanguíneo _____ Biopsia _____ Sangre _____	57. Fecha de Recolección de la Muestra: (D/M/A) _____	58. Nombre del Laboratorio:
--	---	-----------------------------

59. Nombre y Apellido del responsable del envío de muestra:	60. Fecha de entrega de los resultados: (D/M/A) _____
---	---

61. Diagnóstico Parasitológico: Prueba solicitada: Tinción _____ Cultivo _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____ Resultado: Positivo _____ Negativo _____
---	--

62. Diagnóstico Inmunológico realizado por:	ELISA _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____
	Inmunofluorescencia Indirecta _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____
	Leishmanina _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____
	Inmunocromatografía _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____

63. Diagnóstico Molecular: PCR _____	Resultado: Positivo _____ Negativo _____
--------------------------------------	--

64. Diagnóstico Epidemiológico:	Zona endémica: Si _____ No _____	Contacto con reservorio: Si _____ No _____
	Época del año: Lluvia _____ Sequía _____	Abundante Flebotomos: Si _____ No _____

### 65. Clasificación final del CASO:

Confirmado por Laboratorio: _____	Confirmado por Nexo Epidemiológico: _____	Confirmado por Clínica: _____	Descartado: _____	Otros: _____
-----------------------------------	---	-------------------------------	-------------------	--------------

### Asistencia Médica

66. Evolución del caso: Curado: _____ Abandono: _____ Reincide: _____ Defunción: _____
--

67. Ingreso al Hospital: SI _____ NO _____	68. Fecha de Hospitalización: (D/M/A) _____	69. Nº de Cama: _____	70. Servicio: _____	71. Alta: SI _____ NO _____
72. Fecha de Alta: (D/M/A) _____	73. Secuelas: SI _____ NO _____	74. En caso de SI cuales: _____	75. Fallecido: SI _____ NO _____	76. Fecha de Defunción: (D/M/A) _____

### Tratamiento:

77. Inicio de tratamiento: (D/M/A): _____
---

78. Medicamento Administrado:	Dosis Aplicada
Antimonio Pentavalente	
Pentamidina	
Miltefosina	
Otros. Especifique: _____	

79. Observaciones: _____ _____ _____
--

80. Fecha de Declaración del Caso: (D/M/A) _____	81. Nombre y Apellido del Médico/a Tratante:	82. Centro de Salud y teléfono:
--	--	---------------------------------

83. Nombre y Apellido del Epidemiólogo/a Regional:	84. Firma:	84. Fecha (D/M/A): _____
--	------------	--------------------------

**Instrucciones Generales:**

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos

1. Registrar el número de caso.
2. Registrar la fecha de elaboración según formato (D / M / A).
3. Registrar el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Colocar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
8. Marque con una "X" en el óvalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente, según la nacionalidad de la persona afectada (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño/a y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada.
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda la persona afectada.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada.
19. Marcar una "X" en el ovalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona afectada; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria.
20. Registrar los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
21. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona afectada para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.
22. Indicar en el espacio correspondiente la profesión desempeña la persona afectada.
23. Colocar en el espacio correspondiente la ocupación de la persona afectada.

24. Registra en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se produjo el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se produjo el caso.
26. Registrar en el espacio correspondiente las coordenadas UTM donde se sucedió el evento.
27. Registrar en el espacio correspondiente el cuadrante local donde se sucedió el evento.
28. Registrar en el espacio correspondiente el huso horario donde se sucedió el evento.
29. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad federal de residencia de la persona afectada.
30. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
32. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra residiada la persona afectada.
33. Indicar en el espacio correspondiente Urbanización / Sector / Rural / Zona Industrial en que se encuentra residiada la persona afectada.
34. Indicar en el espacio correspondiente Av./Carrera/Calle/Esquina/ Vereda en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
35. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
36. Escribir en el espacio correspondiente el número del piso/planta/local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
37. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono de habitación (fijo) de la persona afectada.
38. Indicar en el espacio correspondiente el número de teléfono celular donde pueda ser ubicada la persona afectada.
39. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona afectada.
40. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre y /o representante.
41. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre y/ o representante.
42. Registrar en el espacio correspondiente el área geográfica donde la persona afectada se enfermó.
43. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente las condiciones ecológicas presentes en el lugar donde la persona enfermo.
44. Registrar en el espacio correspondiente si la persona ha manifestado la enfermedad anteriormente (si o no)
45. Registrar la fecha de investigación en caso de ser positiva la respuesta anterior.
46. Registrar en el cuadro los lugares visitados por la persona durante los últimos 6 meses.

47. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si existen o no otros casos en la zona y registrar cual zona o cuales en caso de ser afirmativa la respuesta.
48. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si ha tenido o no contacto directo con caninos (perros).
49. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si ha visto o no caninos (perros) enfermos con manifestaciones cutáneas.
50. Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser afirmativo indique el tipo de lesiones cutáneas observadas en los caninos.
51. Registrar en el espacio correspondiente la a fecha de inicio de síntomas según formatos (D/M/A).
52. Marcar con una "X" en los espacios asignados, los datos clínicos de la enfermedad presentado (si o no).
53. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o Notificación según formato (D/M/A) y N° de semana Epidemiológica.
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).
55. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato (D/M/A).
56. Registrar en el espacio correspondiente el tipo de muestra tomada.
57. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de muestra según formatos (D/M/A).
58. Registrar en el espacio correspondiente nombre del laboratorio donde se procesan las pruebas enviadas.
59. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del responsable del envío de la muestra.
60. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de entrega de los resultados según formatos (D/M/A).
61. Indique el tipo de Diagnóstico parasitológico realizado (tinción/cultivo) y el resultado (positivo/negativo)
62. Indique el tipo de Diagnóstico inmunológico realizado (ELISA/ Inmunofluorescencia Indirecta/Leishmanina/inmunocromatografía) y el resultado (positivo/negativo).
63. Indique si se realizó Diagnóstico de tipo molecular por PCR y el resultado (positivo/negativo).
64. Aplicando los criterios epidemiológicos marque con una "X" "si la zona es endémica (si o no), si la persona afectada estuvo o no en contacto con reservorios de la enfermedad (perros) y la época de año.
65. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la Clasificación Final del caso según solicitud y resultados del laboratorio: Confirmado por laboratorio; Confirmado por nexo epidemiológico; Confirmado por Clínica; Descartado; otros.
66. Registrar en el espacio correspondiente con una "X" la evolución del caso: Curado; Abandono; Reincide; Defunción.
67. Registrar en el espacio correspondiente si la persona ingreso o no al hospital.
68. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de hospitalización según formato (D/M/A).
69. Registrar en el espacio correspondiente el N° de cama donde fue hospitalizada la persona afectada.
70. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del servicio donde fue asignado la persona afectada dentro del hospital.
71. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada fue dada de alta o no.

72. Registrar con una "X" en el espacio correspondiente la fecha de alta según formatos (D/M/A).
73. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si presento o no secuelas.
74. Registrar en el espacio correspondiente en caso de SI cuales fueron las secuelas presentadas.
75. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente si la persona falleció o no.
76. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formatos (D/M/A).
77. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Inicio de tratamiento según formato (D/M/A).
78. Registrar en el espacio correspondiente el tratamiento indicado a la persona afectada según lo indicado: Antimonio Pentavalente (dosis); Pentamidina (dosis); Miltefosina (dosis); Otros medicamentos diferentes a los indicados (dosis) y la dosis aplicada.
79. Registrar en observación puntos de interés relacionados con la Leishmaniasis Visceral.
80. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
81. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico/a tratante (legible).
82. Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.
83. Registrar en el espacio correspondiente nombre apellido del epidemiólogo/a regional (legible)
84. Registrar en el espacio correspondiente firma del epidemiólogo/a
85. Registrar la fecha actual según formato (D/M/A)