

República de Colombia										FICHA INDIVIDUAL INICIO DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LEpra														
Sistema General de Seguridad Social en Salud Programa de Lepra																								
IDENTIFICACION																								
1.Nombre del Paciente:																								
2.N°. Identificación										Teléfono:														
Dirección residencia:																								
3.Municipio:										Cod:					4.Departamento:					Cod:				
5.Fecha de Nacimiento										d: m: a:					8.IPS:					Cod.:				
6.Sexo: M. <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>					7.Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>					9. EPS/ARS:										Cod.:				
Ocupación:										cod.					Nacionalidad:									
10.Tipo de usuario:										Subsidiado: . <input type="checkbox"/> Particular: . <input type="checkbox"/>					11.Grupo de atención especial:					1) Indígena <input type="checkbox"/> 3) Desplazado <input type="checkbox"/> 2) Negro <input type="checkbox"/> 4) Otro: <input type="checkbox"/>				
Contributivo: <input type="checkbox"/> Vinculado . <input type="checkbox"/> Otro: . <input type="checkbox"/>																								
INGRESO A POLIQUIMIOTERAPIA PQT																								
12. Fecha			13.Causa de Admisión						Criterio Diagnóstico			14.Clasificación		Fuente de contagio:										
			Nuevo	Reci-bido	Recupe-rado		Recidiva		Clínico	BH Ind./Bac.	Biopsia	PB	MB											
						Mono	PQT																	
d	m	a														Método de hallazgo:								
				Tto.previo: de a																				
EXAMEN DE INGRESO														Grado de Discapacidad en ojos, manos y pies										
														Derecho Izquierdo										
Primeros síntomas:												Fecha de aparición:												
												d	m	a	0	INSERTAR FIGURA		0						
Lesiones Cutaneas														1	INSERTAR FIGURA		1							
Ubicación				Tipo						15.No.	Sensibil.	2	INSERTAR FIGURA		2									
												INSERTAR FIGURA												
												0	INSERTAR FIGURA		0									
												1	INSERTAR FIGURA		1									
												2	INSERTAR FIGURA		2									
Lesiones de Troncos Nerviosos														INSERTAR FIGURA										
	Auricular		Cubital		Mediano		Radial		C.P.E.		Tib. Pos.		0	INSERTAR FIGURA		0								
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	1	INSERTAR FIGURA		1								
Engrosa-miento													2	INSERTAR FIGURA		2								
													16. Grado Máximo											
Dolor													0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>									
INVESTIGACION A CONVIVIENTES (No tiene convivientes • )																								
N°	NOMBRE				EDAD	SEXO		ESTADO CLÍNICO			Diagnóstico Confirmado		Cicatriz BCG		Aplicación BCG		Refuerzo BCG							
						M	F	Sano	Sospe-choso	Enfermo en Tto.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
Entrega de Implementos para PDD					REMISIONES								ACTIVIDADES EDUCATIVAS											
				Fecha				Fecha	Fecha					Paciente	Grupo familiar									
Gafas					Psicología							Charla general sobre Lepra												
Cachucha / Visera, etc					Trabajo Social																			
Lágrimas artificiales					Nutricionista																			
Guantes					Fisioterapia							Charla sobre auto-cuidado												
Lubricantes					Ortopedia																			
Zapatos/Plantillas					Oftalmología							Entrega mate-rial educativo												
Otros:.....					Cirugía Plástica																			

República de Colombia

FICHA INDIVIDUAL

SEGUIMIENTO DEL TTO. INTEGRAL DE LEPRO

Sistema General de Seguridad Social en salud

Programa Nacional de Control de Lepra

1. Nombre del Paciente:

3.Municipio:

8. IPS:

TRATAMIENTO DE REACCIONES

Biopsia de Reacción

Fecha:

d

m

a

Resultado:

17.Neuritis (Tipo 1)

Fecha

Fecha

Corticoides

d

m

a

Antiinflamatorios

Liberación quirúrgica

18. ENL (Tipo 2)

Fecha

Fecha

Corticoides

Talidomida

Lampren

Tto. de otras patologías asociadas

Fecha

Fecha

Focos sépticos

Conjuntivitis

Parasitismo

Evaluación de discapacidad en ojos, manos y pies (cada 6 meses)

Fecha:

Fecha:

0

0

0

0

1

1

1

1

2

2

2

2

0

0

0

0

1

1

1

1

2

2

2

2

0

0

0

0

1

1

1

1

2

2

2

2

Grado Máximo

0

1

2

Grado Máximo

0

1

2

CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO PQT

Año

Ene

Feb

Mar

Abr

May

Juní

Juli

Agos

Sept

Oct.

Nov

Dic

a

d

PB:6 dosis en los últimos 9 meses

MB:24 dosis en los últimos 36 meses

al final de Tto.

Nº dosis:

Nº: meses

/

RESULTADO DE BÚSQUEDA EN CASO DE INASISTENCIA

Fechas

Recupe-rado

fallecido

no loca-lizado

Cambio de residencia

Renuente

Comentarios:

día

mes

año

RESULTADO DE LA PQT:

19. Fecha de salida

d

m

a

Baciloscopia final

IB:

20.

Tto. completado:

Fallecido:

Perdido:

Error Dx.:

Remitido a:

Grado de Discapacidad al egreso

Derecho

Izquierdo

0

INSERTAR FIGURA

0

1

INSERTAR FIGURA

1

2

INSERTAR FIGURA

2

0

INSERTAR FIGURA

0

1

INSERTAR FIGURA

1

2

INSERTAR FIGURA

2

0

INSERTAR FIGURA

0

1

INSERTAR FIGURA

1

2

INSERTAR FIGURA

2

21.Grado Máximo

0

1

2

Comentarios

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA

“FICHA INDIVIDUAL-INICIO DEL TRATAMIENTO PARA LEPRO”

IDENTIFICACIÓN

Numerales 1 a 11: Diligéncielos sin omitir ningún dato.

Ingreso a poliquimioterapia - PQT

12. FECHA: ESCRIBA DÍA, MES, AÑO.

13. CAUSA DE ADMISIÓN

Nuevo: Caso confirmado de lepra, nunca antes tratado

Recibido: Paciente proveniente de otra institución de salud

Recuperado: Paciente que se había egresado como *perdido* y debe continuar PQT

Recidiva: Paciente que se había egresado por término de la PQT y presenta nuevas lesiones activas de lepra con o sin baciloscopia (+).

CRITERIO DIAGNÓSTICO

Clínico: No puede faltar en ningún caso.

B.H.-Índice bacilar: Escriba el resultado de la baciloscopia de moco y linfa con Índice Bacilar (I.B.)

Biopsia: Si la baciloscopia fue negativa (I.B.=0) la biopsia de piel es obligatoria. Anotar las iniciales del diagnóstico histo patológico así:

L.I.: Lepra Indeterminada

L.T.: Lepra Tuberculoide

L.D.: Lepra Dimorfa (borderline)

L.L.: Lepra Lepromatosa

14. CLASIFICACIÓN

P.B.: Paucibacilar. Caso con baciloscopia de moco y linfa negativa (I.B.=0) al ingreso.

M.B.: Multibacilar. Caso con baciloscopia de moco y linfa positiva (I.B.>0) al ingreso.

Fuente de contagio: Si el paciente lo informa, anote el parentesco o relación con la posible fuente de contagio.

Método de hallazgo: Examen de convivientes, consulta externa, consulta dermatológica, examen de colectividades, etc.

EXAMEN DE INGRESO

Primeros síntomas: Cuales fueron y fecha de aparición

LESIONES CUTÁNEAS

Ubicación: Registre la localización corporal topográfica

Tipo: Máculas, placas, nódulos, infiltrados, etc.

15. N° DE LESIONES CUTÁNEAS

Si es posible contarlas escriba el número, de lo contrario escriba: + de 5

Sensibilidad: A toda lesión de piel sospechosa de lepra se le debe explorar sensibilidad térmica, táctil y dolorosa. Anote: hipoestesia ó anestesia según el caso.

GRADO DE DISCAPACIDAD EN OJOS, MANOS Y PIES:

En el esquema encierre en un círculo el grado encontrado frente a los respectivos segmentos corporales (ojos, manos, pies), derechos o izquierdos, según la clasificación O.M.S. así:

Grado 0: Sin discapacidad

Grado 1: Anestesia

Grado 2: Lesión visible con o sin deformidad

16. GRADO MÁXIMO

Señale en la casilla correspondiente el grado máximo de discapacidad encontrado en cualquiera de los segmentos.

LESIONES DE TRONCOS NERVIOSOS

Para los troncos nerviosos que se afectan en lepra, incluidos en este cuadro, señale si hay engrosamiento y/o dolor, marcando con una X la casilla respectiva.

PARA TODO CASO NUEVO ES OBLIGATORIO QUE LA IPS QUE ATIENDE EL PACIENTE REMITA COPIA A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD, DE LA FICHA DILIGENCIADA HASTA ESTE PUNTO.

INVESTIGACIÓN A CONVIVIENTES

Si no tiene, marque la casilla correspondiente

Escriba número de orden según inscripción, edad, sexo.

ESTADO CLÍNICO:

Sano: no presenta signos sugestivos de lepra.

Sospechoso: presenta signos sugestivos de lepra.

Enfermo en tratamiento: si se trata de un paciente ya en tratamiento para lepra.

Diagnóstico confirmado: Si usted señaló un conviviente como sospechoso debe orientarlo a la IPS correspondiente para definir el caso. Escriba en esta casilla el resultado de esta actividad. diagnóstico confirmado “sí” o “no”.

Cicatriz B.C.G.: A todo conviviente se le debe buscar. Si tiene cicatriz marque “sí”; de lo contrario marque “no”.

Aplicación B.C.G.: Señale si se cumplió o no esta actividad de protección específica obligatoria para todo conviviente, no importa la edad.

Refuerzo B.C.G.: Si no hay cicatriz B.C.G. previa se debe aplicar un refuerzo de B.C.G. seis meses después de la primera dosis.

**ENTREGA DE IMPLEMENTOS PARA PdD (PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES)**

Anote en la casilla la fecha de entrega de los respectivos implementos de protección. Si hay más de una entrega, las sucesivas se anotarán en las hojas de evolución de la historia clínica.

**REMISIONES**

Anote en la casilla correspondiente la fecha de las remisiones del paciente para atención especializada.

Actividades educativas: Señale en la respectiva casilla las actividades educativas realizadas.

**INSTRUCTIVO PARA LA FICHA INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA LEPROA**

**TRATAMIENTO DE REACCIONES**

Si se tomó biopsia para confirmar y clasificar el tipo de reacción, anote la fecha y el resultado.

**17. NEURITIS (TIPO 1)**

Anote en la casilla correspondiente el manejo terapéutico que se dio al paciente según las posibles opciones y la fecha.

**18. E.N.L. (ERITEMA NODOSO LEPROSO) (TIPO 2)**

Anote en la casilla correspondiente el manejo terapéutico que se dio al paciente según las posibles opciones y la fecha.

**TRATAMIENTO DE OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS**

Los episodios reaccionales pueden ser coadyuvados por otras patologías asociadas. Señale en este cuadro si se han atendido y la fecha respectiva.

**EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

Si es un caso MB se debe evaluar el curso de la discapacidad cada 6 meses.

Si es un caso PB no anote nada en estos esquemas

**CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO PQT**

Anote al año en que el paciente inicia la PQT. En la casilla del mes de inicio anote la fecha de entrega de la PQT supervisada y así sucesivamente cada mes cuando el paciente acuda a recibir la medicación supervisada y a retirar la autoadministrada.

Para PB debe recibir 6 dosis de PQT biconjugada máximo en 9 meses.

Para MB debe recibir 12 dosis de PQT triconjugada máximo en 18 meses.

Si no se cumple esta relación mínima (regularidad del 66.7%) se deberá prolongar la PQT hasta alcanzar dicha proporción.

Para calcular esta proporción, en la casilla de la derecha anote: N° de dosis/N° meses de tratamiento.

Cuando el paciente ha recibido el N° de dosis de PQT en el plazo máximo estipulado, puede egresar por tratamiento completado.

**RESULTADO DE BÚSQUEDA EN CASO DE INASISTENCIA A LA PQT**

Cuando un paciente falta 1 mes o mas a recibir su PQT en la IPS, deben realizarse las actividades necesarias para que continúe su tratamiento. En este cuadro anote la fecha en que se cumplen las visitas domiciliarias de búsqueda y el resultado de las mismas, así:

Recuperado: Paciente que se localiza y compromete para continuar la PQT

Fallecido:

No localizado: Paciente que no pudo ser encontrado en la visita.

Cambio de residencia: En lo posible averigüe la nueva dirección para enviar la información del caso a la Dirección de Salud o instituciones del área de la nueva residencia.

Renuente: Paciente que se niega a retornar al tratamiento: Si es posible en la casilla de comentarios registre este hecho y pida la firma del paciente o un familiar o testigo.

Si transcurre 1 año y el paciente no ha reiniciado la PQT a pesar de haber realizado las actividades de búsqueda, puede ser egresado como perdido.

**RESULTADO DE LA PQT**

**19. ANOTE LA FECHA DE EGRESO DÍA, MES, AÑO**

Anote el resultado de la baciloscopia de egreso, con I.B. Nota: Según OMS/OPS si el paciente recibió el N° de dosis de PQT dentro del plazo estipulado, el resultado de la baciloscopia no debe ser tenido en cuenta para dar por completado el tratamiento.

**20. SEÑALE UNA SOLA DE LAS POSIBLES CAUSAS DE EGRESO DE LA PQT**

Tratamiento completado

Fallecido

Perdido

Error diagnóstico

Remitido a: anote la institución a la cual fue remitido el paciente.

**21. GRADO DE DISCAPACIDAD AL EGRESO:**

Evalúe el estado del paciente en este aspecto y registre en el renglón inferior el grado máximo de discapacidad en cualquiera de los segmentos corporales.

La información de los numerales 17 a 21 será solicitada por la dirección local de salud, para el seguimiento de las cohortes de pacientes.