

**Datos del enfermo**

Apellidos:..... Nombre:.....  
 Domicilio:..... N°:..... Piso:..... Teléfono:.....  
 Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....  
 Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses  Años   
 País de nacimiento: España  Otros  Especificar:..... Año de llegada a España:.....  
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

**Otros datos epidemiológicos**

**Factores de riesgo:**

Enf. Inmunopresora: Si  No  Tipo..... Tratamiento inmunosupresor Si  No   
 UDVP: Si  No  Ex-UDVP  Transfusión: Si  No  Hace más de 2 años   
 Trasplante: Si  No  Alcoholismo: Si  No

Otros factores de riesgo: Especificar\* .....

Fecha de inicio de los síntomas:..... / ..... / .....

**Tipo de Leishmaniasis que padece:**

Visceral   
 Cutáneo   
 Cutáneo-mucosa   
 Sin especificar   
 Localizaciones atípicas  Especificar: .....

**Ingreso Hospitalario:**

Si  No  Fecha de ingreso:..... / ..... / ..... Fecha de alta:..... / ..... / .....

\*Se considerará en "Otros factores de riesgo" los relacionados en el cuadro adjunto:

Existencia de:	Casa	Trabajo	Fin de semana	Vacaciones	Actividad. Ocio al aire libre	Vecindad
Perros						
Perros enfermos						
Hábitats de mosquitos						
Explotaciones ganaderas						
Escombreras/Vertederos						
Viaje a zonas endémicas						

**Datos de laboratorio**

Demostración del parásito (visualización, PCR), Origen.....  
 Cultivo. Origen.....  
 Serología, Origen.....

(En origen recoger la técnica (biopsia o aspirado) y especificar de dónde se ha tomado la muestra)

**Clasificación de caso**

Sospechoso  Probable  Confirmado

**Datos del notificador**

Nombre:.....  
 Centro de Trabajo:.....  
 Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....