



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Solicitud de Fármacos de Lepra

Dirección de Micobacteriosis

2014

Proceso de envío de tratamientos de Lepra.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
 Dirección de Micobacteriosis
 Programa de Prevención y Control de la Lepra
**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO Y RETRATAMIENTO CON
 POLIQUIMIOTERAPIA DE LEPPRA**

1. Nombre del enfermo: _____
2. Edad _____ Sexo: _____
3. Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Localidad _____
4. Tipo de caso: Nuevo: <input type="checkbox"/> Conocido: <input type="checkbox"/> Referido: <input type="checkbox"/> Continúa Tx: <input type="checkbox"/>

3.4 **Caso confirmado de lepra**, al caso probable con baciloscopia positiva, si fuera negativa, con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra.

3.5 **Caso nuevo de lepra**, al enfermo en quien se establece el diagnóstico de lepra por primera vez, independientemente del momento de la notificación.

3.6 **Caso perdido**, al que abandona el tratamiento por 12 meses y después de otros 12 meses de búsqueda documentada, no se obtienen datos precisos de su nuevo domicilio.

3.8 **Caso refractario**, es el caso multibacilar que al cumplir un retratamiento, persisten los signos clínicos o baciloscopia positiva.

3.22 **Fracaso al tratamiento**, cuando en un caso de lepra se cumple satisfactoriamente un esquema de tratamiento y persisten con signos clínicos de lepra o baciloscopia positiva.

5. Fecha del Diagnóstico: Fecha: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa

6. Clasificación Clínica: L D T

7. Tratamiento previo con PQT: No Si

7.1 Regular en su tratamiento: Si No



En caso de ser irregular explicar porqué: _____

8. Padecimiento Actual:

8.1. Tipo y número de lesiones:

Manchas hipopigmentadas.....

Manchas rojizas o cobrizas:.....

Placas infiltradas:.....

Nódulos:.....

Clave: 0 = No hay lesión

1 = una lesión;

2 = 2 a 5 lesiones;

3 = más de 5



Zonas de anestesia: Si No

Neuritis: Si No

Infiltración difusa..... Si No

Estado reaccional Tipo II:..... Si No

Tipo I:..... Si No

Grado de discapacidad: 0 1 2

Ojos.....

Manos.....

Pies.....

General...

8.2. Estudios complementarios:

8.2.1. Baciloscopia: Fecha: ___/___/___
dd mm aaaa

Resultados:

A) Índice Morfológico: ___%

B) Índice Bacteriológico:
Neg 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+

8.2.2. Histopatología: Fecha: ___/___/___
dd mm aaaa

Resultado: L D T I Otro: _____



Importante verificar que contenga el Índice Morfológico e Índice Bacteriológico

Solicitante:

Firma: _____
Nombre:
Cargo:

Vo.Bo.

Firma: _____
Nombre:
Cargo: Coordinador Estatal del Programa de
Leprosia.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
 Dirección de Micobacteriosis
 Programa de Prevención y Control de la Lepra
**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO Y RETRATAMIENTO CON
 POLIQUIMIOTERAPIA DE LEPR**

12 MB
adulto

1. Nombre del enfermo: Juan Pérez Lozano
2. Edad 49 años Sexo: Masculino
3. Entidad Federativa: Ags Municipio: Calvillo Localidad Calvillo
4. Tipo de caso: Nuevo: Conocido: Referido: Continúa Tx:
5. Fecha del Diagnóstico: Fecha: 15 / Agosto / 2014
dd mm aaaa
6. Clasificación Clínica: L D T I
7. Tratamiento previo con PQT: No Si
- 7.1 Regular en su tratamiento: Si No

En caso de ser irregular explicar porqué: _____

8. Padecimiento Actual: 3
- 8.1. Tipo y número de lesiones:
- | | |
|--|--|
| Manchas hipopigmentadas..... <input type="checkbox"/> | Infiltración difusa..... Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Manchas rojizas o cobrizas..... <input type="checkbox"/> | Estado reaccional Tipo II:..... Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Placas infiltradas:..... <input type="checkbox"/> | Tipo I:..... Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nódulos:..... <input checked="" type="checkbox"/> | |
- Clave: 0 = No hay lesión
 1 = una lesión;
 2 = 2 a 5 lesiones;
 3 = más de 5
- Grado de discapacidad: 0 1 2
- | | |
|---|--|
| Ojos..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Manos..... <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Pies..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| General.... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
- Zonas de anestesia:.. Si No
- Neuritis:..... Si No

- 8.2. Estudios complementarios:
- 8.2.1. Baciloscopia: Fecha: 16 mayo 2014
dd mm aaaa
- Resultados:
- A) Índice Morfológico: 60 %
- B) Índice Bacteriológico:
Neg 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+
- 8.2.2. Histopatología: Fecha: 15 Ags 2014
dd mm aaaa
- Resultado: L D T I Otro: _____

Solicitante: _____	Vo.Bo. _____
Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: Coordinador Estatal del Programa de _____

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
 Dirección de Micobacteriosis
 Programa de Prevención y Control de la Lepra
**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO Y RETRATAMIENTO
 POLIQUIMIOTERAPIA DE LEPRAS**

6 PB
adulto

1. Nombre del enfermo: Juan González Rodríguez
 2. Edad 30 años Sexo: Masculino
 3. Entidad Federativa: Ags Municipio: El Llano Localidad Cereso
 4. Tipo de caso: Nuevo: Conocido: Referido: Continúa Tx:
 5. Fecha del Diagnóstico: Fecha: 21 / Agosto / 2014
dd mm aaaa

6. Clasificación Clínica: L D T I
 7. Tratamiento previo con PQT: No Si
 7.1 Regular en su tratamiento: Si No

En caso de ser irregular explicar porqué: _____

8. Padecimiento Actual: **2**
 8.1. Tipo y número de lesiones: **X**
 Manchas hipopigmentadas..... Infiltración difusa..... Si No
 Manchas rojizas o cobrizas:..... Estado reaccional Tipo II:..... Si No
 Placas infiltradas:..... Tipo I:..... Si No
 Nódulos:.....
 Clave: 0 = No hay lesión
 1 = una lesión;
 2 = 2 a 5 lesiones;
 3 = más de 5

Grado de discapacidad: 0 1 2
 Ojos.....
 Manos.....
 Pies.....
 General.... **0**

Zonas de anestesia... Si No
 Neuritis:..... Si No

8.2. Estudios complementarios:
 8.2.1. Baciloscopia: Fecha: 12/junio/2014
dd mm aaaa
 Resultados:
 A) Índice Morfológico: 0 %
 B) Índice Bacteriológico:
Neg 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+
 8.2.2. Histopatología: Fecha: 21 /Ags/2014
dd mm aaaa
 Resultado: L D T I Otro: _____

Solicitante:
 Firma: _____
 Nombre:
 Cargo:

Vo.Bo.
 Firma: _____
 Nombre:
 Cargo: Coordinador Estatal del Programa de

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
 Dirección de Micobacteriosis
 Programa de Prevención y Control de la Lepra
**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO Y RETRATAMIENTO
 POLIQUIMIOTERAPIA DE LEPRAS**



1. Nombre del enfermo: Alejandra Anzures Granados
 2. Edad 38 años Sexo: Femenino
 3. Entidad Federativa: Michoacán Municipio: Morelia Localidad Morelia
 4. Tipo de caso: Nuevo: Conocido: Referido: Continúa Tx:
 5. Fecha del Diagnóstico: Fecha: 01 / Septiembre / 2014
 dd mm a a a a
 6. Clasificación Clínica: L D T I
 7. Tratamiento previo con PQT: No Si
 7.1 Regular en su tratamiento: Si No

En caso de ser irregular explicar porqué: _____

8. Padecimiento Actual: **3**
 8.1. Tipo y número de lesiones:
 Manchas hipopigmentadas..... Infiltración difusa..... Si No
 Manchas rojizas o cobrizas:..... Estado reaccional Tipo II:..... Si No
 Placas infiltradas:..... Tipo I:..... Si No
 Nódulos:.....
 Clave: 0 = No hay lesión
 1 = una lesión;
 2 = 2 a 5 lesiones;
 3 = más de 5
 Grado de discapacidad: 0 1 2
 Ojos.....
 Manos.....
 Pies.....
 General.... **2**
 Zonas de anestesia... Si No
 Neuritis:..... Si No

8.2. Estudios complementarios:

8.2.1. Baciloscopia: Fecha: 15/mayo/2014
 dd mm a a a a

Resultados:

A) Índice Morfológico: 0 %
 B) Índice Bacteriológico:
 Neg 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+

8.2.2. Histopatología: Fecha: 21 /Ags/2014
 dd mm a a a a

Resultado: L D T I Otro: _____

Solicitante:

Vo.Bo.

Firma: _____
 Nombre: _____
 Cargo: _____

Firma: _____
 Nombre: _____
 Cargo: Coordinador Estatal del Programa de

¿Que se requiere para solicitar tratamiento?

1. Oficio de solicitud de fármaco
2. Solicitud con adecuado llenado y actualizado.
3. Justificación médica (en caso de continuar tratamiento después del año)

Favor de verificar

1. Clasificación Clínica (congruente)
2. Evaluación de discapacidad
3. Que el paciente esté registrado en la Dirección General de Epidemiología (Continúan tratamiento)
4. Que esté en el Registro y Seguimiento de casos (continúan tratamiento)



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

**GRACIAS
POR SU
ATENCIÓN**

**"No cierres tus ojos a la lepra...
...evitemos el estigma y la
discriminación."**

2013-2018

Dr. Martín Castellanos Joya

Director de Micobacteriosis

Dra. Martha Angélica García Avilés

Subdirectora de Micobacteriosis

Dra. Patricia Guadarrama Pérez

Jefa de Departamento del Programa Nacional de Lepra

Dra. Irais Lizbeth Rodríguez Montes

Coordinadora del Programa Nacional de Lepra

Dr. Antonio García de León Farías

Supervisor médico del Programa Nacional de Lepra

Teléfono: (01) (55) 50 62 16 00 ext. 54644

programa.nacional@gmail.com

irais.lizbeth@gmail.com

antoniogarciadeleon@gmail.com

<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/lepra>

