

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:		Código: <input type="text"/> <input type="text"/>
Apellidos y Nombres del Niño:		
Establecimiento de Salud Notificante:		Nivel del establecimiento:
Institución: <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado		<input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1
DISA/DIRESA/GERESA:		Red:
DISA/DIRESA/GERESA:		Microrred:
Fecha de Notificación e Investigación:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	Semana Epidemiológica N° <input type="text"/> <input type="text"/> Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita

II. SÍFILIS MATERNA

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA MATERNA	1. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	2. Edad: <input type="text"/> años
3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____		
EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido Día Mes Año	5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 8) <input type="checkbox"/> Desconocido (ir a pregunta 8)
	6. Fecha de primer control prenatal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido Día Mes Año	7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas
8. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio:		
Fecha (día/mes/año)	Resultados	Título
a. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: ___ Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
b. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: ___ Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
9. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio:		
Fecha (día/mes/año)	Tipo de prueba	Resultados
a. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
b. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No. Indicar el motivo: <input type="checkbox"/> Tratamiento sin penicilina <input type="checkbox"/> Tratamiento durante los 30 días previos al parto <input type="checkbox"/> No inició tratamiento durante la gestación <input type="checkbox"/> Tratamiento incompleto (1 ó 2 dosis)	11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s): N° <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	12. Clasificación de caso de sífilis en la gestante: <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado (Falso positivo) <input type="checkbox"/> Descartado (Sífilis Memoria)

III. SÍFILIS CONGÉNITA

13. Fecha de parto/culminación de embarazo:

<input type="text"/>					
Día		Mes		Año	

Desconocido

14. Lugar del Parto/culminación del embarazo:

Establecimiento de salud:

Nivel Estab: I-1 I-2 I-3 I-4
 II-1 II-2 III-1

Domicilio

15. Estado vital

- Vivo (*ir a pregunta 17*)
 Nació vivo, luego falleció (*ir a preg. 16*)
 Mortinato (*ir a pregunta 17*)
 Aborto (*ir a pregunta 17*)

16. Fecha de fallecimiento:

<input type="text"/>					
Día		Mes		Año	

Desconocido

17. Peso al nacimiento:

_____gramos

Desconocido

18. Edad gestacional estimada:

_____ semanas

Desconocido
(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)

19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: **(marque todas las que apliquen)**

- Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente
- Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre:
Fecha de los test: ___/___/____ Desconocido **Título Madre:**_____ **Título Niño:** :_____
- Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica)
- Demostración de *Treponema pallidum* en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.
- Niño mayor de 2 años de edad; con signos clínicos de sífilis secundaria en el que se ha descartado el antecedente de abuso sexual o contacto sexual.

20. ¿Fue el niño tratado?

- Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por \geq 10 días
 Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis
 Sí, con otro tratamiento
 No recibió tratamiento
 Desconocido

21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto.

- Sífilis congénita
 Niño expuesto a sífilis, no infectado

Nombres y Apellidos del notificador :

Firma y Sello del notificador: