

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología		FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGÉNITA	
I. DATOS GENERALES			
Apellidos y Nombres de la Madre:		Código: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>	
Apellidos y Nombres del Niño:		(DNI Madre)	
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: Microrred:	
Fecha de Notificación e Investigación: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> Día Mes Año		Semana Epidemiológica N° <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	
		Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita	
II. SÍFILIS MATERNA			
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA MATERNA		1. Fecha de nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> Día Mes Año	
		2. Edad: <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> años	
3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____			
EMBARAZO ACTUAL		4. Fecha de inicio de último periodo menstrual: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> <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: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> <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	
a. ____/____/____		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
b. ____/____/____		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
		Título 1: ____	
		Momento 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	
a. ____/____/____		<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	
b. ____/____/____		<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	
		Resultados Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	
		Momento Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>	
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Indicar el motivo: <input type="checkbox"/> Desconocido <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: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido		14. Lugar del Parto/culminación del embarazo: <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud: Nivel Estab: <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 <input type="checkbox"/> Domicilio	
16. Fecha de fallecimiento: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido		17. Peso al nacimiento: _____ gramos <input type="checkbox"/> Desconocido	
		15. Estado vital <input type="checkbox"/> Vivo (ir a pregunta 17) <input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (ir a preg. 16) <input type="checkbox"/> Mortinato (ir a pregunta 17) <input type="checkbox"/> Aborto (ir a pregunta 17)	
		18. Edad gestacional estimada: _____ semanas <input type="checkbox"/> Desconocido (Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 19 y luego 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) <input type="checkbox"/> Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente <input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre: Fecha de los test: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Desconocido Título Madre: ____ Título Niño: ____ <input type="checkbox"/> Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica) <input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia. <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procainica por ≥ 10 días <input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis <input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento <input type="checkbox"/> Desconocido		21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto. <input type="checkbox"/> Sífilis congénita <input type="checkbox"/> Niño expuesto a sífilis, no infectado	
Nombres y Apellidos del notificador :		Firma y Sello del notificador:	