



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

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:	Código: _____																
Apellidos y Nombres del Niño:	(DNI Madre)																
Establecimiento de Salud Notificador:	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; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Día Mes Año													Semana Epidemiológica N° <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></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; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Día Mes Año																2. Edad: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años		
3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Provincia: _____ Distrito _____	Departamento _____ Localidad _____																		
EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido																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; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido																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	Momento																
a. ____/____/____	Reactiva <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: _____	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>																
b. ____/____/____	Reactiva <input type="checkbox"/> No reactiva <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	Momento																
a. ____/____/____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactiva <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>																
b. ____/____/____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactiva <input type="checkbox"/> No reactiva <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>																
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada?	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)																	
<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)																			

III. SÍFILIS CONGÉNITA

13. Fecha de parto/culminación de embarazo: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></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	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)
16. Fecha de fallecimiento: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido																17. Peso al nacimiento: _____ gramos <input type="checkbox"/> Desconocido	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 procaínica 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:															