

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE SÍFILIS

Se notificará todo caso de sífilis en mayores de 18 meses, identificando los siguientes datos básicos: edad, género, clasificación, estadio clínico, pruebas, y tratamiento administrado.

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de recolección en papel

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda.

____/____/____

- ☐ Caso sospechoso de sífilis temprana
- ☐ Caso probable de sífilis sin especificar
- ☐ Caso confirmado de sífilis temprana
- ☐ Caso confirmado de sífilis sin especificar

DATOS DE LA PERSONA

Apellido: _____

Nombre: _____

Tipo de documento (DNI/DE/ID): Número de documento:

Fecha de nacimiento:

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Género	<input type="checkbox"/>	Hombre cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
	<input type="checkbox"/>	Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
	<input type="checkbox"/>	Hombre trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
	<input type="checkbox"/>	Mujer trans: identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento hombre.
	<input type="checkbox"/>	Otro

CLÍNICA

Fecha de consulta: ____/____/____

Establecimiento de primera consulta: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

- ☐ **Sintomático:** Fecha de inicio: ____/____/____
- ☐ Síntomas y signos compatibles con sífilis primaria (chancro, ulcera, etc.).
- ☐ Síntomas y signos compatibles con sífilis secundaria (rash, lesiones palmoplantares, adenopatías, fiebre, etc.).

☐ **Asintomático:** Fecha de diagnóstico: ____/____/____

Comorbilidades:

- ☐ VIH
- ☐ Gonorrea
- ☐ LGV
- ☐ Uretritis sin especificar
- ☐ ITS sin especificar

☐ **Positivo por PRS**

TRATAMIENTO

- ☐ Penicilina benzatínica
- ☐ 1 dosis
- ☐ 3 dosis
- ☐ Penicilina cristalina
- ☐ Tratamiento completo
- ☐ Tratamiento en curso

EPIDEMIOLOGÍA

Antecedentes:(Puede marcar más de una)

- ☐ Sífilis previa
- ☐ Pruebas de laboratio (T o NT) o Diagnóstico de lesiones en los últimos 12 meses
- ☐ Gonorrea
- ☐ LGV
- ☐ Uretritis sin especificar
- ☐ ITS sin especificar

¿Su/s pareja/s fue/está/n siendo tratada/s?

DATOS DEL NOTIFICANTE

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio.

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	VALOR	FECHA DE RESULTADO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Localidad/Provincia:

Nombre y apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: Matrícula: