

# 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

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

- Caso sospechoso de sífilis temprana  
 Caso confirmado de sífilis temprana

- Caso probable de sífilis sin especificar  
 Caso confirmado de sífilis sin especificar

Fecha de recolección en papel

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

## CLÍNICA

Fecha de consulta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Establecimiento de primera consulta: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

**Sintomático:** Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Síntomas y signos compatibles con sífilis primaria (chancre, ulceras, 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)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sífilis previa            | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio ( T o NT) o Diagnóstico de lesiones en los últimos 12 meses |
| <input type="checkbox"/> Gonorrrea                 | <input type="checkbox"/> LGV  |
| <input type="checkbox"/> Uretritis sin especificar | <input type="checkbox"/> 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:

## DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: ...

Localidad/Provincia:

Nombre y apellido del notificante:

Teléfono:

Correo electrónico:

**Firma y sello:**

**Matrícula:**