

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE SÍFILIS EN PERSONAS GESTANTES

Se notificará todo caso de sífilis en personas gestantes sospechoso, probable o confirmado¹ en mayores de 18 meses identificando los siguientes datos básicos: edad, género, clasificación, estadio clínico, pruebas, factores de riesgo y tratamiento administrado.

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de recolección en papel

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

____/____/____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caso sospechoso de sífilis temprana | <input type="checkbox"/> Caso probable de sífilis sin especificar |
| <input type="checkbox"/> Caso confirmado de sífilis temprana | <input type="checkbox"/> 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

Mujer cis: la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.

Hombre trans: identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.

CLÍNICA

Fecha de consulta: ____/____/____

Establecimiento de primera consulta:

Localidad: Provincia:

Sintomático: Fecha de inicio: ____/____/____

Síntomas y signos compatibles con sífilis primaria (chancro, úlcera, 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

Diagnóstico durante:

Embarazo Parto Puerperio

TRATAMIENTO

Penicilina benzatínica 1 dosis 3 dosis Penicilina cristalina

Tratamiento ADECUADO² Tratamiento INADECUADO

¹Caso Sospechoso: Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas:

a) Úlcera indurada no dolorosa en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral (sífilis primaria).

b) Lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

Caso probable: Criterio laboratorial: un resultado serológico positivo por pruebas treponémicas o no treponémicas que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente).

²Adecuado: al menos una (1) dosis en el último mes previo al parto

EPIDEMIOLOGÍA

Aborto Mortinato Parto prematuro

Antecedentes: (Puede marcar más de una)

Sífilis previa Pruebas de laboratorio (T o NT) o Dx de lesiones en los últimos 12 meses
 Gonorrea LGV
 Uretritis sin especificar ITS sin especificar

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

DATOS DEL EMBARAZO

FUM: _____/_____/_____ FPP: _____/_____/_____ Embarazo múltiple: Sí No Número:

Producto de la concepción:

Nacido vivo Sí No
Aborto: Espontáneo ILE

DATOS DEL PARTO

Fecha de parto: _____/_____/_____ Edad gestacional: Pretérmino Término Postérmino

DATOS DEL RECIEN NACIDO

Hombre Mujer

Apellido:

Nombre:

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

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: