



### III. SÍFILIS CONGÉNITA

<p>13. Fecha de parto/culminación de embarazo:</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/>    <input type="text"/> <input type="text"/>    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Día                  Mes                  Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>14. Lugar del parto/culminación del embarazo:</p> <p><input type="checkbox"/> Establecimiento de salud:</p> <p>_____</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio</p>	<p>15. Estado vital</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo (<i>ir a pregunta 17</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (<i>ir a preg. 16</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mortinato (<i>ir a pregunta 17</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto (<i>ir a pregunta 17</i>)</p>
<p>16. Fecha de fallecimiento:</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/>    <input type="text"/> <input type="text"/>    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Día                  Mes                  Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>17. Peso al nacimiento: _____gramos</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>18. Edad gestacional estimada: _____ semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p>(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)</p>
<p>19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: (<b>marque todas las que apliquen</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre:</p> <p>Fecha de los test: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Desconocido                  Título Madre: _____ Título Niño: : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica)</p> <p><input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.</p> <p><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.</p>		
<p>20. ¿Fue el niño tratado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por <math>\geq 10</math> días</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> No recibió tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p><b>21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sífilis congénita</p> <p><input type="checkbox"/> Niño expuesto a sífilis, no infectado</p>	
<p>Nombres y Apellidos del notificador :</p>		<p>Firma y Sello del notificador:</p>