



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

## FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:	Código: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Apellidos y Nombres del Niño:	(DNI Madre)
Establecimiento de Salud Notificante:	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: <input type="checkbox"/> Microrred: <input type="checkbox"/>
Fecha de Notificación e Investigación: Día: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Año: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Semana Epidemiológica N° <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita	

### II. SÍFILIS MATERNA

<b>INFORMACIÓN DEMOGRAFICA MATERNA</b>	1. Fecha de nacimiento: Día <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	2. Edad: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> años	
3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento _____ Provincia: _____ Distrito _____ Localidad _____			
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual : Día <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <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: <input type="checkbox"/> Desconocido Día <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas	
8. Indique las fechas y resultados de <b>la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL)</b> realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
<b>Fecha (día/mes/año)</b>	<b>Resultados</b>	<b>Título</b>	<b>Momento</b>
a. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	1: ___	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
b. ___/___/___	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <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 <b>la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual)</b> realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
<b>Fecha (día/mes/año)</b>	<b>Tipo de prueba</b>	<b>Resultados</b>	<b>Momento</b>
c. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
d. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Indicar el motivo: <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) <input type="checkbox"/> Desconocido	11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido N° _____	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)	

### 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"/>  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"/>  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>(<i>Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21</i>)</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><b>Fecha de los test:</b> ___/___/____ <input type="checkbox"/> Desconocido <b>Título Madre:</b>____ <b>Título Niño:</b> : _____</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>