



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

# FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS Y GONORREA

1. DISA/DIRESA/GERESA:		2. Establecimiento de Salud Notificante:																																												
3. Tipo de establecimiento:		4. Institución:		5. Fecha de notificación:																																										
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> CERITSS		<input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP																																										
<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año																																										
6. Fecha de nacimiento:		7. DNI:		8. Motivo de notificación:																																										
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año				<input type="checkbox"/> Caso probable de sífilis <input type="checkbox"/> Caso confirmado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso descartado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso de gonorrea																																										
9. Apellidos y nombres:																																														
10. Residencia habitual:		11. Etnia		12. Grado de instrucción:																																										
Departamento:		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <i>Pueblo étnico*:</i> _____ <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria																																										
Provincia:				<input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de la libertad <input type="checkbox"/> Usuario de trabajo sexual																																										
Distrito:																																														
Comunidad:																																														
14. Sexo:		15. Identidad de género:		16. Orientación sexual:																																										
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido																																										
				17. Estadio clínico de sífilis																																										
				<input type="checkbox"/> Sífilis primaria <input type="checkbox"/> Sífilis secundaria <input type="checkbox"/> Sífilis latente <input type="checkbox"/> Sífilis terciaria <input type="checkbox"/> No determinado																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">18. Pruebas diagnósticas</th> <th colspan="4">Sífilis</th> <th colspan="4">Gonorrea</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Prueba No Treponémica</th> <th colspan="3">Prueba Treponémica</th> <th colspan="2">Prueba N° 1</th> <th colspan="2">Prueba N° 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Tipo:</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> RPR  <input type="checkbox"/> VDRL           </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> TPHA  <input type="checkbox"/> TPPA  <input type="checkbox"/> FTA- Abs  <input type="checkbox"/> Prueba rápida  <input type="checkbox"/> Prueba rápida dual           </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Tinción de gram  <input type="checkbox"/> Cultivo  <input type="checkbox"/> PCR           </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Tinción de gram  <input type="checkbox"/> Cultivo  <input type="checkbox"/> PCR           </td> </tr> </tbody> </table>						18. Pruebas diagnósticas	Sífilis				Gonorrea				Prueba No Treponémica			Prueba Treponémica			Prueba N° 1		Prueba N° 2		Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> VDRL			<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> TPPA <input type="checkbox"/> FTA- Abs <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> Prueba rápida dual			<input type="checkbox"/> Tinción de gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> Tinción de gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR	
18. Pruebas diagnósticas	Sífilis				Gonorrea																																									
	Prueba No Treponémica			Prueba Treponémica			Prueba N° 1		Prueba N° 2																																					
	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																			
Tipo:	<input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> VDRL			<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> TPPA <input type="checkbox"/> FTA- Abs <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> Prueba rápida dual			<input type="checkbox"/> Tinción de gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> Tinción de gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR																																					
19. Infección concurrente con otra ITS:		20. Tratamiento completo:																																												
<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Infección gonocócica <input type="checkbox"/> Infección por Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Condiloma acuminado <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Molluscum contagiosum		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																										
21. Responsable de notificación		Firma:																																												
Nombre:																																														

\*Especificar pueblo étnico si marcó "Andino" o "Indígena amazónico"