



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:		
<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		
5. Fecha de notificación:				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año				
6. Fecha de nacimiento:		8. Motivo de notificación:		
<input type="text"/> <input type="text"/> <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		
7. DNI:				
9. Apellidos y nombres:				
10. Residencia habitual:		11. Etnia	12. Grado de instrucción:	
13. Condición especial:				
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:	17. Estadio clínico de sífilis	
<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	<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	
18. Pruebas diagnósticas	Sífilis		Gonorrea	
	Prueba No Treponémica	Prueba Treponémica	Prueba N° 1	Prueba N° 2
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	<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:	<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	20. Tratamiento completo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. Responsable de notificación	Nombre:			Firma:

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