

PERÚ  
Ministerio  
de SaludDirección General  
de EpidemiologíaFICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE  
SÍFILISMATERNA Y SÍFILIS CONGENITA

## I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:	Código: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> (DNI Madre)
Apellidos y Nombres del Niño:	Nivel del establecimiento: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><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</div>
Establecimiento de Salud Notificante:	
Institución: <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado	

DISA/DIRESA/GERESA:	Red:	Microrred:
Fecha de Notificación e Investigación: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;"></div> Día      Mes      Año</div>	Semana Epidemiológica Nº <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	Investigación de: <b>Sífilis materna</b> <b>Sífilis congénita</b>

## II. SÍFILIS MATERNA

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA MATERNA	1. Fecha de nacimiento: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;"></div> Día      Mes      Año</div>	2. Edad: <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> años
------------------------------------	---	---

3. Lugar de residencia (habitual): País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;"></div> Día      Mes      Año</div>	5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 8) <input type="checkbox"/> Desconocido (ir a pregunta 8)
-----------------	---	---

b. Fecha de primer control prenatal: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;"></div> Día      Mes      Año</div>	7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas
---	--

8. Indique las fechas y resultados de **la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL)** realizada durante la gestación, parto o puerperio:

Fecha (día/mes/año)	Resultados	Título	Momento
a. ____ / ____ / ____	Reactiva <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. ____ / ____ / ____	Reactiva <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 **la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual)** realizada durante la gestación, parto o puerperio:

Fecha (día/mes/año)	Tipo de prueba	Resultados	Momento
a. ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactiva <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
b. ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactiva <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?

- Sí                            Desconocido  
 No. Indicar el motivo:  
 Tratamiento sin penicilina  
 Tratamiento durante los 30 días previos al parto  
 No inició tratamiento durante la gestación  
 Tratamiento incompleto (1 ó 2 dosis)

11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s):

- Nº  
 Sí .....  
 No .....  
 Desconocido .....

12. Clasificación de caso de sífilis en la gestante:

- Probable  
 Confirmado  
 Descartado (Falso positivo)  
 Descartado (Sífilis Memoria)

### III. SÍFILIS CONGÉNITA

<p>13. Fecha de parto/culminación de embarazo:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> A o</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> A o	Día	Mes	Año	<p>14. Lugar del Parto/culminación del embarazo:</p> <p><input type="checkbox"/> Establecimiento de salud:</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>)  <input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (<i>ir a preg. 16</i>)  <input type="checkbox"/> Mortinato (<i>ir a pregunta 17</i>)  <input type="checkbox"/> Aborto (<i>ir a pregunta 17</i>)</p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> A o						
Día	Mes	Año						
<p>16. Fecha de fallecimiento:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Día	Mes	Año	<p>17. Peso al nacimiento:</p> <p>_____ gramos</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>18. Edad gestacional estimada:</p> <p>_____ semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido  <i>(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)</i></p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>						
Día	Mes	Año						
<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  <input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre:  <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)  <input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.  <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 ≥ 10 días  <input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis  <input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento  <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento  <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p><b>21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sífilis congénita</b>  <input type="checkbox"/> <b>Niño expuesto a sífilis, no infectado</b></p>							
Nombres y Apellidos del notificador :	Firma y Sello del notificador:							