

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	 <b>FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA</b>	
<b>I. DATOS GENERALES</b>		
Apellidos y Nombres de la Madre:		<b>Código:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <b>(DNI Madre)</b>
Apellidos y Nombres del Niño:		
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:
Microrred:		
Fecha de Notificación e investigación: <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>	Semana Epidemiológica N° <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Investigación de:</b>  <b>Sífilis materna</b> <b>Sífilis congénita</b>
<b>II. SÍFILIS MATERNA</b>		
<b>INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA MATERNA</b>	1. Fecha de nacimiento: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div>	
2. Edad: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div> <input type="checkbox"/> Desconocido	
5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(ir a pregunta 8)</i> <input type="checkbox"/> Desconocido <i>(ir a pregunta 8)</i>		
6. Fecha de primer control prenatal: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; font-size: small;"> <span>Día</span> <span>Mes</span> <span>Año</span> </div> <input type="checkbox"/> Desconocido		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>
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>
a. ____/____/____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
b. ____/____/____	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido <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)		11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s): N° <input type="checkbox"/> Sí ..... <input type="checkbox"/> No ..... <input type="checkbox"/> Desconocido .....
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

13. Fecha de parto/culminación de embarazo:

□ □	□ □	□ □ □ □
Día	Mes	Año

☐ Desconocido

14. Lugar del Parto/culminación del embarazo:

☐ Establecimiento de salud:

Nivel Estab: ☐ I-1 ☐ I-2 ☐ I-3 ☐ I-4  
☐ II-1 ☐ II-2 ☐ III-1

☐ Domicilio

15. Estado vital

☐ Vivo (*ir a pregunta 17*)

☐ Nació vivo, luego falleció (*ir a preg. 16*)

☐ Mortinato (*ir a pregunta 17*)

☐ Aborto (*ir a pregunta 17*)

16. Fecha de fallecimiento:

□ □	□ □	□ □ □ □
Día	Mes	Año

☐ Desconocido

17. Peso al nacimiento:

\_\_\_\_\_gramos

☐ Desconocido

18. Edad gestacional estimada:

\_\_\_\_\_semanas

☐ Desconocido

(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)

19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: (**marque todas las que apliquen**)

☐ Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente

☐ Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre:

Fecha de los test: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Desconocido Título Madre: \_\_\_\_\_ Título Niño: \_\_\_\_\_

☐ Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica)

☐ Demostración de *Treponema pallidum* en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

☐ 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.

20. ¿Fue el niño tratado?

- ☐ Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por  $\geq 10$  días  
☐ Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis  
☐ Sí, con otro tratamiento  
☐ No recibió tratamiento  
☐ Desconocido

21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto.

☐ Sífilis congénita

☐ Niño expuesto a sífilis, no infectado

Nombres y Apellidos del notificador :

Firma y Sello del notificador: