**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:vigilancia.sanitaria@asturias.org

 Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÉNITA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador** |  |
| **Lugar de trabajo** |  |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** |  |
| **CIPA/NHC** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad (meses)** |  | **Sexo** | Hombre [ ]  | Mujer[ ]  |
| **Domicilio** |  |  **Localidad** |  |
| **Concejo** |  |  **Teléfono** |  |  **Área Sanitaria** |  |
| **País de nacimiento** |  | **Año llegada a España** |  |  |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Manifestación clínica** (hasta 12 de las siguientes opciones) |
| [ ]  Asintomático[ ]  Afectación SNC[ ]  Anemia[ ]  Condiloma plano[ ]  Desnutrición[ ]  Hepatoesplenomegalia | [ ]  Ictericia[ ]  Lesiones mucocutáneas[ ]  Pseudoparálisis [ ]  Rinitis persistente[ ]  Síndrome nefrótico[ ]  Otra (especifica): |  |
| **Complicaciones** | [ ] Sí [ ]  No |
| **Hospitalizado** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingresoHaga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital  |  |
| **Secuelas** | [ ] Sí [ ]  No |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Lugar del caso** |
| País |  |  Comunidad autónoma |  |
| Provincia |  |  Municipio |  |
| Importado | [ ] Sí [ ]  No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  *Treponema pallidum* |
| **Muestra** (marcar la principal de las siguientes opciones) |
|  [ ]  Cordón umbilical [ ]  Exudado nasal [ ]  LCR |  [ ]  Lesión cutánea [ ]  Placenta [ ]  Suero |
| **Prueba (**marcar la principal de las siguientes opciones) |
|  [ ]  Antígeno, detección [ ]  Anticuerpo, detección [ ]  Anticuerpo, IgM [ ]  Visualización |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia [ ]  No | [ ]  Sí | Nº Referencia: |

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición:** Persona a persona: madre-hijo [ ]

**Madre, tipo confirmación** (marcar una de las siguientes opciones)

|  |
| --- |
|  [ ]  Por evidencia epidemiológica [ ]  Por evidencia de laboratorio [ ]  Por evidencia epidemiológica y de laboratorio  |
| **Exposición de la madre** |
| **País de nacimiento** |  | **Año llegada a España** |  |
| **Factor predisponente personal** (marcar todas la opciones que correspondan) |
|  [ ]  En situación social desfavorecida [ ]  Usuaria de drogas inyectadas [ ]  Ex-usuaria de drogas inyectadas [ ]  Usuaria de drogas no inyectadas [ ]  Ex-usuaria de drogas no inyectadas |  [ ]  Ejercicio de la prostitución [ ]  Otros hijos con sífilis [ ]  Otro factor, especificar:  |
| Número de parejas sexuales (últimos 12 meses) |  |
| **Test de screening** (marcar hasta 3 de las siguientes opciones): |
|  [ ]  | Realizado en el 1er trimestre |  | [ ]  No realizado |
|  [ ]  | Realizado en el 3er trimestre |  | [ ]  No documentado |

|  |
| --- |
| **Tratamiento de la madre:** |
|  [ ]  | Tratamiento adecuado antes de 30 días previos al parto |
|  [ ]  | Tratamiento adecuado dentro de 30 días previos al parto |
|  [ ]  | Tratamiento no documentado |
|  [ ]  | Tratamiento inadecuado |
|  [ ]  | Tratamiento: otros regímenes distintos a penicilina |
|  [ ]  | Sin tratamiento |

|  |
| --- |
| **Resultado VIH de la madre:** |
|  [ ]  | Positivo |
|  [ ]  | Negativo |
|  [ ]  | No realizado |

|  |  |
| --- | --- |
| **Edad en años al parto:** |   |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** |  [ ]  Probable [ ]  Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterio clínico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio epidemiológico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio laboratorio |  [ ]  Sí [ ]  No |
| **Asociado a brote** |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Identificador del brote |   | C. Autónoma de declaración del brote |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20