**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto: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 ingreso  Haga 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](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20