**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 SIFILIS (EXCLUYE 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** |  |
| **Tipo de servicio clínico inicial** | | |  |
| Centro de atención primaria  Centro de ITS extrahospitalario  Consulta de atención al embarazo  Consulta de ginecología  Servicio de urgencias  Otro hospitalario sp | | | Consulta de planificación familiar  Centro de ITS hospitalario  Consulta dermatología  Consulta de urología  Centro penitenciario  Otro: |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIPA** |  | | | | | | **NIF** | | | | |  | | | | | **NHC** | | |  | |
| **Fecha de nacimiento** | | | |  | | | | **Edad** | | |  | | | **Género** | Varón | | | | Mujer | | Otro |
| **Domicilio** | |  | | | | **Código Postal** | | | |  | | | **Localidad** | | |  | | | | | |
| **Concejo** | |  | | | **Teléfono** | | | |  | | | | | | | **Área Sanitaria** | | | | |  |
| **Ocupación** | |  | | | **Centro de estudio/trabajo** | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **País de nacimiento** | | |  | | | | | | | **Año llegada a España** | | | | | | | |  | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | |
| **Localización del chancro sifilítico** | Anorrectal  Faríngea  ☐ Genital  ☐ Otras localizaciones: | | |  | | | | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | Hospital: | | |
| **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* | | | | | | |
| **Tipo de muestra** | | | Exudado de tejido o lesiones  Suero | | | ☐ Otra: | |  |
| **Prueba** | | PCR   |  |  | | --- | --- | | Anticuerpos (TPHA, EIA)  Anticuerpos (RPR)  ☐ Anticuerpos (VDRL) | Visualización  Tinción directa (IFD) | | | | | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia  No | | | | | | Sí | Nº Referencia: | |
| **Resultados VIH** | Positivo | | | Negativo | No realizado | | | |

**DATOS DEL RIESGO**

**Factor predisponente personal** (hasta 4 de las siguientes opciones)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transexual | Usuario de prostitución | Ejercicio de la prostitución | Uso de preservativo  en la última relación sexual |

**Infección/ enfermedad concurrente** (hasta 11 de las siguientes opciones):

|  |  |
| --- | --- |
| Infección gonocócica  Condiloma acuminado  Hepatitis A  Hepatitis C  Pediculosis  ITS sin especificar | Infección por *Chlamydia trachomatis*  Herpes genital  Hepatitis B  Molluscum contagiosum  Escabiosis |

**Exposición (marcar una de las siguientes):**

|  |  |
| --- | --- |
| Persona a persona: heterosexual  Persona a persona: homo/bisexual  Persona a persona: sexual sin especificar  Otra exposición especificada: | |
| Exposición – Número de parejas sexuales (últimos 12 meses) |  |

**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 |  |
| **Categoría diagnóstica** | Sífilis latente precoz  Sífilis primaria  Sífilis secundaria | | |

**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