**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 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 ingresoHaga 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20