



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Epidemiología

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGÉNITA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres de la Madre:		Código:
Apellidos y Nombres del Niño:		<input type="text"/> <input type="text"/> (DNI Madre)
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: <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	Semana Epidemiológica N° <input type="text"/> <input type="text"/>	Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita

II. SÍFILIS MATERNA

INFORMACIÓN DEMOGRAFICA MATERNA	1. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	2. Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> años
	3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento _____ Provincia: _____ Distrito _____ Localidad _____	
EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual : <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año <input type="checkbox"/> Desconocido	5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 8) <input type="checkbox"/> Desconocido (ir a pregunta 8)
	6. Fecha de primer control prenatal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido Día Mes Año	7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas
8. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio:		
Fecha (día/mes/año)	Resultados	Título
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 la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio:		
Fecha (día/mes/año)	Tipo de prueba	Resultados
c. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>
d. ___/___/___	<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <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

<p>13. Fecha de parto/culminación de embarazo:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Día Mes Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>14. Lugar del Parto/culminación del embarazo:</p> <p><input type="checkbox"/> Establecimiento de salud: _____</p> <p>Nivel Estab: <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</p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio</p>	<p>15. Estado vital</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo (ir a pregunta 17)</p> <p><input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (ir a preg. 16)</p> <p><input type="checkbox"/> Mortinato (ir a pregunta 17)</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto (ir a pregunta 17)</p>
<p>16. Fecha de fallecimiento:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Día Mes Año</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>17. Peso al nacimiento: _____ gramos</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>18. Edad gestacional estimada: _____ semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p>(Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 21)</p>
<p>19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: (marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre: Fecha de los test: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Desconocido Título Madre:____ Título Niño: : ____</p> <p><input type="checkbox"/> Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica)</p> <p><input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>		
<p>20. ¿Fue el niño tratado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por \geq 10 días</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> No recibió tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Sífilis congénita</p> <p><input type="checkbox"/> Niño expuesto a sífilis, no infectado</p>	
<p>Nombres y Apellidos del notificador :</p>		<p>Firma y Sello del notificador:</p>

ANEXO 5. INSTRUCTIVO DE FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGÉNITA

I: DATOS GENERALES: Registrar:

- Apellidos y nombres de la madre,
- Apellidos y nombres del niño y en el caso de recién nacidos aún sin nombre: consignar: RN, en caso de mortinatos: MT y aborto registrar: AB luego de los apellidos correspondientes.
- Código de la ficha, que corresponderá al DNI de la madre.
- Registrar los nombres respectivos del establecimiento notificante, institución a la que pertenece, nivel de atención y DISA/DIRESA/GERESA, Red, Microrred correspondiente.
- Fecha de notificación e investigación y semana epidemiológica según calendario epidemiológico.
- Investigación de Sífilis Materna y/o Sífilis Congénita.

II: SÍFILIS MATERNA:

1 al 3 Información Demográfica Materna: registrar fecha de nacimiento, edad en años y lugar de residencia habitual (residencia en los últimos 6 meses) de la madre.

4 al 12 Embarazo Actual: registrar:

- Fecha de inicio del último periodo menstrual.
- Si recibió o no atención prenatal.
- Fecha del primer control prenatal.
- Edad gestacional en el primer control prenatal.
- Indicar las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio.
- Indicar las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio
- Si fue o no adecuadamente tratada y los motivos por los que no fue adecuadamente tratada. Se considera tratamiento adecuado para prevenir sífilis congénita cuando la gestante recibe un régimen completo de penicilina consistente en 3 dosis durante 3 semanas (una dosis semanal) y la última dosis debe haber sido administrada a la gestante hasta antes de 30 días previos a la fecha del parto, así como pareja sexual, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud vigente para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita en el Perú.
- Si Contacto(s) sexual (es) fue (ron) tratado (s) o no.
- Clasificación de caso: Probable, Confirmado o Descartado. En el caso de Descartado puede ser un caso:
 - ✓ Descartado por ser falso positivo (prueba de tamizaje reactiva (RPR o VDRL) cuantitativa con títulos menores a 8 diluciones (Dils) y prueba confirmatoria no reactiva (TPHA, FTA-ABs, TP-PA).
 - ✓ Descartado por ser una sífilis de memoria (prueba de tamizaje reactiva (RPR o VDRL) cuantitativa con títulos menores a 8 diluciones (Dils) y prueba confirmatoria reactiva (TPHA, FTA-ABs, TP-PA).

II: SÍFILIS CONGÉNITA:

13 Fecha de parto/ culminación de embarazo.

14 Lugar del parto/ culminación del embarazo. Indicar si fue en un establecimiento de salud, indicar el nivel de atención correspondiente y si fue en el domicilio.

15 Estado vital: si nació vivo, nació vivo y luego falleció, mortinato o aborto.

16 Fecha de fallecimiento: en el caso que nació vivo y luego falleció.

17 Peso al nacimiento: consignar el peso en gramos.

18 Edad Gestacional: consignar la edad gestacional en semanas.

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

20 Fue el Niño Tratado o no: indicar la alternativa que aplique.

21 Clasificación final del niño, mortinato o aborto: con toda la información obtenida clasificar el caso como: Sífilis congénita o Niño expuesto a sífilis, no infectado.