



## DEFINICIÓN DE CASO

Consultar en Manual de Normas y procedimientos de vigilancia. Link: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

## IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador: ..... Provincia: ..... Departamento: .....

Fecha de notificación: ..... / ..... / ..... Apellido y nombre del notificador/a: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellido: ..... Tipo de documento ..... N° .....

Lugar de residencia: Provincia: ..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Cód. Postal: .....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: .....

Sexo legal: Femenino  Masculino  No Binario  Género: Mujer CIS / Varón CIS / Mujer Trans / Varón Trans / Desconocido / Otro

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Fecha de consulta: ..... / ..... / ..... Establecimiento de 1ª consulta: .....

Fecha de internación: ..... / ..... / ..... Establecimiento internación: .....

- Signos y síntomas \*

Sintomático SI  NO  ¿Cuáles? Signos y síntomas compatible con Sífilis Primaria<sup>1</sup>  Secundaria<sup>2</sup>

- Comorbilidades

Sin comorbilidades  Con Comorbilidades  Especificar: .....

Co-Infección por VIH/SIDA SI  NO

- Tratamiento con Penicilina G Benzatínica

¿Recibió tratamiento? SI  NO

Estadio clínico al inicio del tratamiento Sífilis Primaria  Secundaria  Latente temprana/tardía

Número de Dosis recibidas 1  Fecha de aplicación ..... / ..... / .....

2  Fecha de aplicación ..... / ..... / .....

3  Fecha de aplicación ..... / ..... / .....

Resultado de tratamiento En curso  Completo

*\*En aquellos casos que se detecte un caso que cumpla con los criterios correspondientes a sífilis latente temprana o tardía o sífilis terciaria, deberá consignar esta información en la sección de "Diag. referido/Estadio clínico al momento del diag. confirmado" de la Solapa Clínica.*

## DATOS DE LA GESTACIÓN

Fecha de última menstruación (FUM): ..... / ..... / ..... Fecha probable de parto (FPP): ..... / ..... / ..... Fecha de parto: ..... / ..... / .....

Edad gestacional ecográfica (semanas): ..... / ..... / ..... Embarazo múltiple SI  NO  No declarado

Producto de la concepción (según corresponda):

Nacido vivo: SI  NO  Aborto espontáneo: SI  NO  ILE

## LABORATORIO

<sup>1</sup> Chancro indoloro en el sitio de infección asociado o no a adenopatías o ganglios regionales satélites

<sup>2</sup> Lesiones cutáneo-mucosas como máculas (manchas), lesiones sobrelevadas o de aspecto verrugoso y pueden o no ser pruriginosas afectando de manera característica las palmas de las manos y las plantas de los pies; adenopatías, afectación renal, ocular, auditiva y/o del sistema nervioso central.

**SÍFILIS GESTACIONAL**

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ACTUALIZACIÓN 06/03/2024

Establecimiento de toma de muestra: .....

Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Determinación	Técnica	Resultado

**CLASIFICACIONES DE CASO**

Caso confirmado de Sífilis		Caso probable de sífilis		Caso descartado de Sífilis		Caso invalidado por epidemiología	
----------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------	--	-----------------------------------	--

Nombre y apellido de la persona que notifica

Firma