**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS (EXCLUYE SÍFILIS CONGÉNITA)**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Tipo de servicio clínico inicial** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Centro de atención primaria [ ]  Consulta de planificación familiar

[ ]  Centro de ITS extrahospitalario [ ]  Centro de ITS hospitalario

[ ]  Consulta de atención al embarazo [ ]  Consulta dermatología

[ ]  Consulta de ginecología [ ]  Consulta de urología

[ ]  Servicio de urgencias [ ]  Centro penitenciario

[ ]  Otro hospitalario sp [ ]  Otro

**Municipio:**       **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

**País de nacimiento:**      **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación****:**       **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo****:**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso**[[1]](#footnote-1)**:**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

**Localización fundamental del chancro sifilítico** (hasta 4 de las siguientes opciones)**:**

[ ] Anorrectal

[ ] Faríngea

[ ] Genital

[ ] Otras localizaciones

**Hospitalizado**[[2]](#footnote-2)**:** Sí **[ ]** No **[ ]**

**Defunción:** Sí **[ ]** No **[ ]**

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

**País:**       **C. Autónoma:**

**Provincia:**       **Municipio:**

**Importado[[4]](#footnote-4):** Sí **[ ]**  No **[ ]**

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5): [ ]**  *Treponema pallidum*

**Muestra** (marcar el principal de las siguientes opciones):

[ ]  Exudado o tejido de lesiones

[ ]  Suero

**Prueba** (marcar el principal de las siguientes opciones):

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Anticuerpo, detección

[ ]  Anticuerpo, IgM [ ]  Antígeno, detección

[ ]  Visualización

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):** Sí [ ]  No[ ]

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**SEROLOGIAS**

**Resultados de VIH:** Positivo **[ ]** Negativo **[ ]** No realizado **[ ]**

**Resultados de Hepatitis B:** Positivo **[ ]** Negativo **[ ]** No realizado **[ ]**

**Resultados de Hepatitis C:** 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):

[ ]  Gonococia [ ]  Infección por *Chlamydia trachomatis*

[ ]  Condiloma acuminado [ ]  Herpes genital

[ ]  Hepatitis A [ ]  Hepatitis B

[ ]  Hepatitis C [ ]  Molluscum contagiosum

[ ]  Pediculosis [ ]  Escabiosis

[ ]  ITS sin especificar

**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):**

**Vacunado de Hepatitis B**: Sí [ ]  No [ ]

**Vacunado con posterioridad a la infección:** SÍ[ ]  No [ ]

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Probable [ ]  Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio Sí [ ]  No [ ]

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Sífilis latente precoz

[ ]  Sífilis primaria

[ ]  Sífilis secundaria

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote:

 C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6):

**OBSERVACIONES [[7]](#footnote-7)**

1. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)