**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

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

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto: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)**:** SíNo

**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 NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis B:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis C:** Positivo NegativoNo 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)