**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE 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:**

**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:**    /    /

**Manifestación clínica** (hasta 12 de las siguientes opciones):

Asintomático  Ictericia

Afectación SNC  Lesiones mucocutáneas

Anemia  Pseudoparálisis

Condiloma plano  Rinitis persistente

Desnutrición  Síndrome nefrótico

Hepatoesplenomegalia  Otra

**Complicaciones**: Sí  No

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

**Secuelas**: Sí  No

**Defunción:** Sí  No **Fecha de defunción:**    /    /

**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):

Cordón umbilical

Exudado nasal

LCR

Lesión cutánea

Placenta

Suero

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

Antígeno, detección

Anticuerpo, detección

Anticuerpo, IgM

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:

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición:** Persona a Persona: Madre-Hijo

**Madre, tipo confirmación** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Por evidencia epidemiológica

Por evidencia de laboratorio

Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Madre, agente causal**[[6]](#footnote-6)**:**

**Exposición de la Madre:**

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

**Factor predisponente personal** (marcar todas las opciones que correspondan):

En situación social desfavorecida

Usuaria de drogas inyectadas

Ex-Usuaria de drogas inyectadas

Usuaria de drogas no inyectadas

Ex-Usuaria de drogas no inyectadas

Ejercicio de la prostitución

Otros hijos con sífilis

Con otro factor especificado

**Número de parejas sexuales** (últimos 12 meses)**:**

**Test de screening** (marcar hasta 3 de las siguientes opciones):

Realizado en primer trimestre

Realizado en tercer trimestre

No realizado

No documentado

**Tratamiento** (marcar una de las siguientes opciones):

Tratamiento adecuado antes de 30 días previos al parto

Tratamiento adecuado dentro de 30 días previos al parto

Tratamiento no documentado

Tratamiento inadecuado

Tratamiento: otros regímenes distintos a penicilina

Sin tratamiento

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

**Edad en años al parto**:

**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

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[7]](#footnote-7):

**OBSERVACIONES [[8]](#footnote-8)**

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. Madre (Vehículo), agente causal: Rellenar (Treponema pallidum)sólo si se ha detectado por laboratorio**.** [↑](#footnote-ref-6)
7. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-7)
8. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-8)