**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE 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:**

**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)