

	PERÚ Ministerio de Salud	Dirección General de Epidemiología	FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGÉNITA
I. DATOS GENERALES			
Apellidos y Nombres de la Madre:		Código: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
Apellidos y Nombres del Niño:		(DNI Madre)	
Establecimiento de Salud Notificante:		Nivel del establecimiento:	
Institución: <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado		<input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1	
DISA/DIRESA/GERESA:		Red:	Microrred:
Fecha de Notificación e Investigación: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		Semana Epidemiológica N° <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
		Investigación de: <input type="checkbox"/> Sífilis materna <input type="checkbox"/> Sífilis congénita	
II. SÍFILIS MATERNA			
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA MATERNA		1. Fecha de nacimiento: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
		2. Edad: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> años	
3. Lugar de residencia (habitual): País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____			
EMBARAZO ACTUAL		4. Fecha de inicio de último periodo menstrual: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	
		5. Recibió atención prenatal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ir a pregunta 8) <input type="checkbox"/> Desconocido (ir a pregunta 8)	
6. Fecha de primer control prenatal: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido		7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas	
8. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
Fecha (día/mes/año)		Resultados	
a. ___/___/___		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
b. ___/___/___		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
		Título	
		1: ___ Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>	
		1: ___ Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>	
9. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
Fecha (día/mes/año)		Tipo de prueba	
a. ___/___/___		<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	
b. ___/___/___		<input type="checkbox"/> Prueba rápida/P. Dual <input type="checkbox"/> Otra: _____	
		Resultados	
		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	
		Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	
		Momento	
		Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>	
		Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>	
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Indicar el motivo: <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Tratamiento sin penicilina <input type="checkbox"/> Tratamiento durante los 30 días previos al parto <input type="checkbox"/> No inició tratamiento durante la gestación <input type="checkbox"/> Tratamiento incompleto (1 ó 2 dosis)		11. Contacto(s) sexual(es) tratado(s): N° _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
		12. Clasificación de caso de sífilis en la gestante: <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado (Falso positivo) <input type="checkbox"/> Descartado (Sífilis Memoria)	
III. SÍFILIS CONGÉNITA			
13. Fecha de parto/culminación de embarazo: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido		14. Lugar del Parto/culminación del embarazo: <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud: Nivel Estab: <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> Domicilio	
		15. Estado vital <input type="checkbox"/> Vivo (ir a pregunta 17) <input type="checkbox"/> Nació vivo, luego falleció (ir a preg. 16) <input type="checkbox"/> Mortinato (ir a pregunta 17) <input type="checkbox"/> Aborto (ir a pregunta 17)	
16. Fecha de fallecimiento: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconocido		17. Peso al nacimiento: _____gramos <input type="checkbox"/> Desconocido	
		18. Edad gestacional estimada: _____ semanas <input type="checkbox"/> Desconocido (Si el producto fue mortinato o aborto, ir a pregunta 19 y luego 21)	
19. Indique cuál o cuáles criterios cumple el producto de la gestación para ser considerado caso de sífilis congénita: (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Madre con sífilis, que no recibió tratamiento o fue tratada inadecuadamente <input type="checkbox"/> Resultado de títulos de análisis no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre: Fecha de los test: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Desconocido Título Madre: _____ Título Niño: : _____ <input type="checkbox"/> Niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (al examen físico o evidencia radiográfica) <input type="checkbox"/> Demostración de <i>Treponema pallidum</i> en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia. <input type="checkbox"/> Niño mayor de 2 años de edad; con signos clínicos de sífilis secundaria en el que se ha descartado el antecedente de abuso sexual o contacto sexual.			
20. ¿Fue el niño tratado? <input type="checkbox"/> Sí, con penicilina G sódica o penicilina G procaínica por ≥ 10 días <input type="checkbox"/> Sí, con penicilina benzatínica x 1 dosis <input type="checkbox"/> Sí, con otro tratamiento <input type="checkbox"/> No recibió tratamiento <input type="checkbox"/> Desconocido		21. Clasificación final del niño, mortinato o aborto. <input type="checkbox"/> Sífilis congénita <input type="checkbox"/> Niño expuesto a sífilis, no infectado	
Nombres y Apellidos del notificador :		Firma y Sello del notificador:	

ANEXO 3. INSTRUCTIVO PARA LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGÉNITA EN EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

- 1 al 4 Datos del Establecimiento de Salud:** registrar los nombres respectivos de DISA/DIRESA/GERESA, RED, MICRORED al que pertenece el Establecimiento Notificante.
- 5 Semana de Notificación:** Semana Epidemiológica correspondiente según calendario epidemiológico.
- 6 Apellidos y Nombres:** En el caso de recién nacidos aún sin nombre: consignar: RN, en caso de mortinatos: MT y aborto registrar: AB luego de los apellidos correspondientes.
- 7 Edad y Sexo:** En el caso de mortinatos y aborto dejar en blanco.
- 8 DNI:** registrar el número de documento de identificación o del carnet de extranjería del caso notificado, ya sea de sífilis materna o sífilis congénita (si el niño tiene DNI).
- 9 Lugar probable de infección:** registrar el domicilio actual (residencia en los últimos 6 meses) de la madre.
- 10 Dirección Residencial:** consignar dirección completa para realizar seguimiento de los casos.
- 11 al 13 Llenar código a:** registrar los códigos de etnias según corresponda y código de procedencia habitual (urbana, urbana marginal, rural/campesino).
- 14 Código CIE 10:** registrar el código correspondiente según la definición de casos establecidos:
- A50: Sífilis congénita
 - O98.1: Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio (Sífilis Materna)
- 15 Tipo de DX (C, P o D):** registrar el tipo de diagnóstico. En el caso de sífilis materna y congénita se notifican según el cumplimiento de las definiciones de caso correspondiente como caso probable, confirmado o descartado.
- 16 Protegido (Vacuna):** En el caso de sífilis Materna o congénita, consignar si recibió o no tratamiento.
- 17 Fecha:**
- Inicio de síntomas:** En el caso de ser asintomáticos consignar la fecha de toma de muestra.
- Defunción:** consignar aquí la fecha de defunción del neonato. En el caso de ser un Mortinato o aborto, consignar la fecha de término de gestación.
- Notificación:** consignar la fecha correspondiente.
- Investigación:** consignar la fecha correspondiente.
- 18 Ficha de investigación:** registrar si se aplicó o no la ficha de investigación consignada en la presente directiva.
- 19 Tipo de vigilancia:** consignar vigilancia pasiva cuando se detectó el caso a través de las atenciones (demanda) en EESS y vigilancia activa si el caso se detectó a través de la búsqueda activa realizada según lo dispuesto en la presente directiva.