

 <b>PERÚ</b>		<b>Ministerio de Salud</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS Y GONORREA</b>					
<b>1. DISA/DIRESA/GERESA:</b>				<b>2. Establecimiento de Salud Notificante:</b>					
<b>3. Tipo de establecimiento:</b>		<b>4. Institución:</b>		<b>5. Fecha de notificación:</b>					
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> CERITSS <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Otro		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año					
<b>6. Fecha de nacimiento:</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año		<b>8. Motivo de notificación:</b>					
<b>7. DNI:</b>				<input type="checkbox"/> Caso probable de sífilis <input type="checkbox"/> Caso confirmado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso descartado de sífilis <input type="checkbox"/> Caso de gonorrea					
<b>9. Apellidos y nombres:</b>									
<b>10. Residencia habitual:</b>		<b>11. Etnia</b>		<b>12. Grado de instrucción:</b>		<b>13. Condición especial:</b>			
Departamento:		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena Amazónico <i>Pueblo étnico*:</i> _____		<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria		<input type="checkbox"/> Trabajador (a) sexual <input type="checkbox"/> Privado de la libertad <input type="checkbox"/> Usuario de trabajo sexual			
Provincia:									
Distrito:									
Comunidad:		<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro							
<b>14. Sexo:</b>		<b>15. Identidad de género:</b>		<b>16. Orientación sexual:</b>		<b>17. Estadio clínico de sífilis</b>			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Sífilis primaria <input type="checkbox"/> Sífilis secundaria <input type="checkbox"/> Sífilis latente <input type="checkbox"/> Sífilis terciaria <input type="checkbox"/> No determinado			
<b>18. Pruebas diagnósticas</b>		<b>Sífilis</b>				<b>Gonorrea</b>			
		<b>Prueba de tamizaje</b>		<b>Prueba confirmatoria</b>		<b>Prueba N° 1</b>		<b>Prueba N° 2</b>	
		<b>Fecha</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día    Mes    Año	
<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Prueba Rápida Dual		<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> TP-PA <input type="checkbox"/> FTA-Abs		<input type="checkbox"/> Tinción gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR		<input type="checkbox"/> Tinción gram <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> PCR			
<b>19. Infección concurrente con otra ITS:</b>		<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes genital <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Infección gonocócica <input type="checkbox"/> Infección por Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Condiloma acuminado <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Molluscum contagiosum		<b>20. Tratamiento completo:</b>			
<b>21. Responsable de notificación</b>		Nombre:				Firma:			

\*Especificar pueblo étnico si marcó "Andino" o "Indígena amazónico"