ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA

SALUD | SEDENA | MARINA | SNDIF | INPI | IMSS | ISSSTE | PEMEX

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No. EXPEDIENTE: _____ No. SEGURIDAD SOCIAL: _____

CURP: _____

NOMBRE: _____

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s)

SEXO: ☐ M ☐ F FECHA DE NACIMIENTO: _____ (Día / Mes / Año) EDAD: ☐ Años ☐ Meses ☐ Días

ESTADO: _____ de nacimiento JURISDICCIÓN: _____ de nacimiento MUNICIPIO: _____ de nacimiento

RESIDENCIA ACTUAL: _____

Calle | Número | Colonia | Estado

Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad | Código postal | Delegación (para IMSS)

Entre qué calle y qué calle: _____ ES INDÍGENA: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

Es migrante: ☐ 1= Sí, 2= No País de Nacionalidad: _____ País de Origen: _____

Países de tránsito en los últimos tres meses: 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____

4.- Otro: _____ Fecha de Ingreso al País: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)

II DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Clave Unidad | Estado / Delegación | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad

Institución | Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) | Nombre del Médico Notificante

FECHA DE: NOTIFICACIÓN: _____ (Día / Mes / Año) INICIO DE ESTUDIO: _____ (Día / Mes / Año) TERMINACIÓN DE ESTUDIO: _____ (Día / Mes / Año)

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ CLASIFICACIÓN FINAL: CONFIRMADO ☐ DESCARTADO ☐

III DATOS CLÍNICOS

Asintomático ☐ Sintomático ☐

FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: _____ (Día / Mes / Año)

- ☐ Erupción en cara, palmas y/o plantas
- ☐ Descamación en cara, palmas y/o plantas
- ☐ Erupción en boca, genitales y/o ano
- ☐ Neumonía congénita severa
- ☐ Secreción nasal acuosa
- ☐ Fiebre
- ☐ Inflamación articular
- ☐ Irritabilidad
- ☐ Bajo peso y/o retraso en el desarrollo
- ☐ Ausencia de puente nasal
- ☐ Piernas en forma de sable
- ☐ Dientes de Hutchinson
- ☐ Disminución en la audición o sordera
- ☐ Ceguera
- ☐ Opacidad en la córnea
- ☐ Hepato y esplenomegalia
- ☐ Otro

Especificar _____

IV RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE

	(+)	(-)	(*)			FECHA DE RECEPCIÓN EN LAB. Día / Mes / Año	FECHA DE RESULTADO Día / Mes / Año
No Treponemica VDRL				Título:	1:		
No Treponemica RPR				Título:	1:		
No Treponemica USR				Título:	1:		
Western Blot IgG							
Western Blot IgM							

Especificar: _____

RX DE PARTES ÓSEAS CON DATOS SUGESTIVOS DE SÍFILIS CONGÉNITA: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

*: Zona gris solo para prueba Western blot

V TRATAMIENTO

RECIBIÓ TRATAMIENTO: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐ FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO: _____ (Día / Mes / Año)

MEDICAMENTO ADMINISTRADO: _____

DÓSIS: _____

VI EVOLUCIÓN

- ☐ SE CURÓ COMPLETAMENTE
- ☐ EN SEGUIMIENTO
- ☐ DESCONOCIDO
- ☐ FALLECIÓ

FECHA DE LA DEFUNCIÓN: _____ (Día / Mes / Año)

VII DATOS DE LA MADRE

NOMBRE: _____ EDAD EN AÑOS: ☐

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

ANTECEDENTE DE RIESGO:
- ☐ Más de una pareja sexual
- ☐ Usuaria de drogas IV
- ☐ Rel. Sex. con usuarios de drogas IV
- ☐ Trabajadora del sexo comercial
- ☐ Antecedente de hijo con sifilis cong.
- ☐ Ignorado
- ☐ Otro

Especificar: _____

HABLA LENGUA INDÍGENA: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐ CUÁL: _____

ES INDÍGENA: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

TUVO CONTROL PRENATAL: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD DONDE LLEVÓ EL CONTROL PRENATAL: _____

LE REALIZARON PRUEBA NO TREPONÉMICA (VDRL/RPR/USR) DURANTE EL EMBARAZO: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

En caso afirmativo especificar resultados por trimestre:

	VDRL: 1/ RPR: 2/USR: 3 (+)	(-)	#	TÍTULO	FECHA DE RESULTADO Día / Mes / Año	ELISA (Anticuerpos totales) (+)	(-)	*	FECHA DE RESULTADO Día / Mes / Año
1er. Trimestre				1:					
2do. Trimestre				1:					
3er. Trimestre				1:					

#: tipo de prueba

	Western Blot IgG (+)	(-)	*	FECHA DE RESULTADO Día / Mes / Año
1er. Trimestre				
2do. Trimestre				
3er. Trimestre				

*Zona gris

RECIBIÓ TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

FECHA DE TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO: _____

Día / Mes / Año

MEDICAMENTO ADMINISTRADO DURANTE EL EMBARAZO: _____

DÓSIS: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ EL PARTO O CESÁREA: _____ IGN. ☐

LE REALIZARON PRUEBA NO TREPONÉMICA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO (SÓLO SI NO SE HIZO CONTROL DURANTE EL EMBARA. SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

LE REALIZARON EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐ VDRL: 1/ RPR: 2/ USR: 3 (+) ☐ (-) ☐ (#) ☐ TÍTULO: 1:

RECIBIÓ TRATAMIENTO DESPUÉS DEL PARTO: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐ FECHA DE TRATAMIENTO DESPUÉS DEL PARTO: _____

Día / Mes / Año

MEDICAMENTO ADMINISTRADO DESPUÉS DEL PARTO: _____

DÓSIS: _____

SE OFRECIÓ PRUEBA DE VIH: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

SE REALIZÓ EL ESTUDIO DE CONTACTOS SEXUALES DE LA MADRE: SÍ ☐ NO ☐ IGN. ☐

En caso afirmativo especificar resultados:

NOMBRE (Apellido paterno, materno y nombre)	EDAD Y SEXO F	M	VDRL: 1/ RPR: 2/USR: 3 (+)	(-)	#	TÍTULO	ELISA (ANTICUERPOS TOTALES) Y/O WESTERN BLOT IgG (+)	(-)	(*)	FECHA Día / Mes / Año	RECIBIÓ TRATAMIENTO SÍ	NO	IGN.	FUE NOTIFICADO SÍ	NO	IGN.
						1:										
						1:										
						1:										
						1:										

*Zona Gris

VIII COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE