

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA



I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No. AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____
 CURP: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD:
Día / Mes / Año 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.

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: _____ INICIO DE ESTUDIO: _____ TERMINACIÓN DE ESTUDIO: _____
Día / Mes / Año Día / Mes / Año Día / Mes / Año

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ CLASIFICACIÓN FINAL: CONFIRMADO DESCARTADO

III DATOS CLÍNICOS

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

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

IV RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE

	(+) (-) (?)		FECHA DE RECEPCIÓN EN LAB. <small>Día / Mes / Año</small>	FECHA DE RESULTADO <small>Día / Mes / Año</small>
VDRL o RPR:	<input type="text"/>	Título: 1: <input type="text"/>	_____	_____
FTA-ABS IgM:	<input type="text"/>		_____	_____
CAMPO OSCURO:	<input type="text"/>		_____	_____
OTRO:	<input type="text"/>		_____	_____

Especificar: _____

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

V TRATAMIENTO

RECIBIÓ TRATAMIENTO: sí NO IGN. FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO: _____
Día / Mes / Año

MEDICAMENTO ADMINISTRADO: _____

DÓSIS: _____

VI EVOLUCIÓN

SE CURÓ COMPLETAMENTE FALLECIÓ FECHA DE LA DEFUNCIÓN: _____
Día / Mes / Año

EN SEGUIMIENTO

DESCONOCIDO

VII DATOS DE LA MADRE

NOMBRE: _____ EDAD EN AÑOS:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

ESTADO CIVIL: _____ ANTECEDENTE DE RIESGO: Más de una pareja sexual
 Usuaría de drogas IV
 Rel. Sex. con usuarios de drogas IV
 Trabajadora del sexo comercial
 Antecedente de hijo con sífilis cong.
 Ignorado
 Otro

Ocupación Actual: _____

HABLA LENGUA INDÍGENA: Sí NO IGN. CUÁL: _____

ES INDÍGENA: Sí NO IGN.

TUVO CONTROL PRENATAL: Sí NO IGN. Especificar: _____

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

LE REALIZARON VDRL DURANTE EL EMBARAZO: Sí NO IGN.

En caso afirmativo especificar resultados por trimestre:

	VDRL ó RPR			TÍTULO	FECHA DE RESULTADO			FTA-ABS IgG:			FECHA DE RESULTADO			
	(+)	(-)	(?)		Día / Mes / Año			(+) (-) (?)			Día / Mes / Año			
1er. Trimestre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2do. Trimestre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3er. Trimestre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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: _____

LE REALIZARON VDRL DURANTE EL PARTO: Sí NO IGN.

SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS DURANTE EL PARTO: Sí NO IGN. VDRL ó RPR: (+) (-) (?) 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		VDRL ó RPR			TÍTULO	FTA-ABS IgG:			FECHA Día / Mes / Año	RECIBIÓ TX.			FUE NOTIFICADO		
	F	M	(+)	(-)	(?)		(+)	(-)	(?)		SÍ	NO	IGN.	SÍ	NO	IGN.
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						1:										
						1:										
						1:										
						1:										

VIII COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

 FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE