

# PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "SÍFILIS CONGÈNITA" (menors de 2 anys)

(NR=no realitzat, pte=pendent; des=desconegut; pos:positiva, neg:negativa, CA=Comunitat Autònoma, CNM=Centre nacional de microbiologia)

No emplenar: Data recepció:  Sem.  Cas subnotificat?: no  si  →Font:

## DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:  Data de declaració:

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

## DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP:  NHClínica:

Nom:  Llinatge 1:  Llinatge 2:

Data naixement:  Edat (detallar una de les opcions):  dies  mesos Home  Dona

Residència habitual: Domicili:  Localitat i municipi:  Telèfon

Província  CA  País

Altres dades: País de naixement  Any d'arribada a Espanya:

## DADES CLÍNQUES

Data diagnòstic:  Ha presentat símptomes?: No  Si  →Data inici símptomes

	si	no	des		si	no	des		si	no	des
Afectació SNC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatosplenomegàlia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinitis persistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anèmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Icterícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sd. Nefròtic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiloma pla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesions musculoesquel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicacions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrició	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pseudoparàlisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seqüeles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nin mort al néixer	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Altres símptomes:	<input type="text"/>						

Defunció no  si  →data  ingrés hosp: no  si  Hospital/servei

Data ingrés  data alta

## DADES DE LABORATORI

Data primera prova positiva  VDRL a LCR: NR  pte  pos  neg

Confirmat (microscòpia) pte  no  si  → Cordó umb.  Material autòpsia  Placenta  Exsudat nasal  Lesió cutània

Confirmat (tinció directe) pte  no  si  → Cordó umb.  Material autòpsia  Placenta  Exsudat nasal  Lesió cutània

Confirmat (PCR) pte  no  si  → Cordó umb.  Material autòpsia  Placenta  Exsudat lesions  Altres

IgM específica: NR  pte  pos  neg  Prova treponèmica reactiva a sèrum NR  pte  pos  neg

Titulació test treponèmic (vdrl, rpr) quadruplicuen o més la del sèrum de la mare: NR  no  si  pte

## DADES DE LA MARE

Nom  Llinatge 1:  Llinatge 2:

Edat al part  País de naixement  Any arribada a Espanya

Evidència de sífilis: Per Laboratori:  Epidemiològica  Ambdues  Agent causal confirmat pte  no  si

VIH NR  pte  pos  neg  Situació social desfavorable si  no  des  Udvp: si  no  des

Ex-udvp: si  no  des  ud(no vp): si  no  des  Ex-ud(no vp): si  no  des

Prostitució: si  no  des  Altres fills amb sífilis: si  no  des

Altres factors de risc:  núm. de parelles sexuals en els darrers 12 mesos:

Test screening (marcar fins 3 opcions): Realitzat al trimestre 1  Realitzat al trimestre 2  NR  No documentat

Tractament (marcar una opció): Adequat abans dels 30 dies anteriors al part  Adequat dins de 30 dies anteriors al part  No documentat

Tractament inadequat  Altres règims diferents a penicil·lina  Sense tractament

## CATEGORITZACIÓ DE CAS

Cas Autòcton  Importat o Extracomunitari  →CA o País adquisició:

### No emplenar:

Criteris que compleix el cas  
Clínic   
Epidemiològic   
De laboratori

Cas probable   
Cas confirmat

Se envia mostra al CNM Si  no   
Identificador local mostra   
Identificador CNM mostra

## OBSERVACIONS