

## SIFILIS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso:

**1. Caso sospechoso de sífilis temprana:** Toda persona, mayor de 18 meses, que presente: Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía satélite (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

### 2. Caso probable de sífilis temprana:

- Todo caso sospechoso o
- Persona asintomática con antecedentes recientes de signos o síntomas de sífilis primaria o secundaria; o
- Persona asintomática con antecedentes conocidos de contacto sexual con persona con sífilis en los últimos 12 meses; y
- Persona asintomática con antecedentes de serología negativa para sífilis en los últimos 12 meses; y
- Serología reactiva para sífilis (prueba treponémica o no treponémica, sífilis latente temprana).

### 3. Caso confirmado de sífilis temprana:

- Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro).
- Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice), y
- Sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

**4. Caso probable de sífilis sin especificar estadio:** Criterio serológico: un resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

**5. Caso confirmado de sífilis sin especificar estadio:** Todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente). La prueba confirmatoria será treponémica o no treponémica, según el algoritmo (tradicional o reverso) que se utilice en el efector.

## CLASIFICACIÓN DEL CASO

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda.

Fecha de recolección en papel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Caso sospechoso de sífilis temprana     
  Caso probable de sífilis sin especificar     
  Caso probable de sífilis temprana  
 Caso confirmado de sífilis temprana     
  Caso confirmado de sífilis sin especificar

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado

Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha FIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Establecimiento de primera consulta: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Sintomático: SI  NO

Síntomas y signos compatibles con sífilis primaria (chancro, ulcera, etc)

Síntomas y signos compatibles con sífilis secundaria (rash, lesiones palmoplantares, adenopatías, fiebre, etc)

Asintomático (con serología +): SI  NO

Fecha de diagnóstico de las comorbilidades: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comorbilidades SI  NO

VIH  Gonorrea  LGV  Uretritis sin especificar  ITS sin especificar  Positivo por PRS

## TRATAMIENTOS

Penicilina benzatínica  1 dosis  3 dosis  Penicilina cristalina

Tratamiento completo  Tratamiento en curso

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

**Antecedentes:** (Puede marcar más de una)

Sífilis previa  Pruebas de laboratorio (T o NT) o Diagnóstico de lesiones en los últimos 12 meses  
 Gonorrea  LGV  
 Uretritis sin especificar  ITS sin especificar

¿Sus parejas fueron o están siendo tratadas? SI  NO  Uso de método de barrera (preservativo): SI  NO

## DATOS LABORATORIO

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	VALOR	FECHA DE RESULTADO

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador