

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; o
- 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, mas una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro). o
- 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