

SÍFILIS EN POBLACIÓN GENERAL

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 mas 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 diagnostico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro). o
- Todo caso asintomático, con diagnostico 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 diagnostico (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 diagnostico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente). La prueba confirmatoria sera 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