



FICHA DE DERIVACIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS PARA DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE SIFILIS / SIFILIS CONGENITA

DATOS DEL HOSPITAL DERIVANTE:

Hospital: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
Servicio: _____ Fecha de envío: ____/____/____.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido: _____ Sexo biológico: Masculino Femenino Género: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____
DNI: _____ Ciudad de residencia: _____ Embarazo: No Si

DATOS DE LA/S MUESTRA/S:

ID de muestra Suero: _____ ID de muestra LCR: _____ Fecha de Toma de muestra ____/____/____.

Material derivado: Suero LCR Sueros pareados: Recién Nacido Madre

Resultados del fisicoquímico del LCR:

Concentración de proteínas.....g/l Recuento de células.....N°/mm³

Recuento de CD4: células/mm³

Estudio solicitado:

Serología No Treponémica Serología Treponémica

Nombre de la Madre: _____
DNI: _____
Edad: _____
ID Muestra madre: _____

Motivo del Estudio: Diagnóstico Sífilis Diagnóstico Neurosífilis Sífilis Congénita Control de tratamiento Posible Abuso Tamizaje

DATOS EPIDEMIOLOGICOS: (Campo no obligatorio pero conveniente. En caso de envío para sífilis congénita, consignar aquí datos de la madre)

Ocupación:

Viajante/transportista Estudiante Trabajador/a sexual Otra

Tipo de contacto sexual:

Hombre Ambos Estable Mas de un contacto en 3 meses sin protección:
Mujer Ocasional

Síntomas y signos: No Si Úlceras Manifestaciones: Cutáneas Neurológicas Gomas

Antecedentes obstétricos vinculados a sífilis:

Partos Prematuros Abortos espontáneos Ruptura Prematura de Membrana Sin antecedentes

Antecedentes de otras ITS:

No: Si: VIH Gonorrea Sífilis Herpes HPV Clamidia Otras: _____ Usa Drogas IV:

Patología autoinmune de base: No: Si: Cual: _____

TRATAMIENTO

Tomo antibióticos en los últimos 15 días: No Si Cuál: _____ Fecha de última toma: ____/____/____.

Tratamiento actual indicado _____.

Se indicó tratamiento en Pareja No Si Cual: _____

PARA SIFILIS CONGENITA: Síntomas y signos No Si

Neuropatía Laringitis Hepatoesplenomegalia Linfadenopatía Lesiones óseas
Manifestaciones: Oculares Mucocutáneas Hematológicas Neurologicas
Estigmas: Oftalmológicos Orales Osteoarticulares Faciales

VDRL materna: No Reactiva Reactiva Título _____ dils Prueba confirmatoria: Positiva Negativa

VDRL Recién nacido o niño: No Reactiva Reactiva Título _____ dils

TRATAMIENTO MATERNO: Recibió tratamiento durante el embarazo: Si No Cual: _____ Número de dosis: _____

Fecha de última toma/aplicación: ____/____/____.

Firma y Sello:

E-mail:

Teléfono / WhatsApp:



Consentimiento Informado No Obligatorio

Yo, _____ autorizo al Laboratorio Nacional de Referencia en Enfermedades de Transmisión Sexual a utilizar las muestras biológicas y/o los resultados obtenidos, para destinarlos a estudios de investigación y/o epidemiología en la población argentina.
Por ninguna circunstancia se divulgará cualquier dato personal obtenido (nombre y apellido, DNI, dirección, teléfono) que pueda identificarme. Tanto la muestra como el resultado tendrá un código numérico.

Firma y DNI

____ de ____ del 20 ____