



**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°/mm<sup>3</sup>

Recuento de CD4: ..... células/mm<sup>3</sup>

**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  Neurológicas

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 \_\_\_\_