

FISA DE INVESTIGATIE EPIDEMIOLOGICA SI DECLARARE A CAZULUI NOU DE ITS

(SIFILIS, GONOREE, INFECTIE CU CHLAMYDIA)

DSP Judet _____ Nr. Fisa ITS _____ din data de: __/__/____

Nr. Din fisa unica (conf. HG 587/2007 si Ord. MS nr. 1466/2008) _____ din data de: __/__/____

CNP __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

DATE STRICT CONFIDENTIALE (nu se introduc in baza de date)

Unitatea sanitara _____ Nr. Fisa _____

NUME _____ PRENUME _____

ACT DE IDENTITATE (BI, CI, pasaport), seria _____ Nr. _____ Eliberat de _____

DOMICILIUL STABIL: judet _____ localitate _____ Str. _____ Nr. _____

Bl. _____ AP. _____ Sector _____

DOMICILIUL ACTUAL: judet _____ localitate _____ Str. _____ Nr. _____

Bl. _____ AP. _____ Sector _____

MEDIU: U/R

VARSTA : (la data inregistrarii) _____

SEX: M/F pentru F: Gravida DA/NU daca DA, luna de sarcina _____

SCOLARIZARE: Fara __ prescolar __ primar __ gimnazial __ liceal __ postliceal __ studii
superioare _____

OCUPATIE: fara __ elev/student __ angajat __ somer __ pensionar __ militar __ sofer __

personal privat de libertate _____ altele (se specifica) _____

STAREA CIVILA: casatorit __ necasatorit __ divortat __ vaduv __ relatie stabila __

COMPORTAMENT SEXUAL: heterosexual __ homosexual __ parteneri sexuali multipli __

sex comercial: DA/NU, daca DA, de cand practica _____

consum de droguri ___ niciuna din acestea ___

Diagnostic sifilis: primar ___ secundar ___ latent ___ latent recent ___ latent tardiv ___ tertiar ___
necunoscut ___ contact

Examene de laborator efectuate pentru sifilis

1. Evidentiere de <i>T. p.</i> in camp intunecat	DA/NA	Rezultat ___ Data ___/___/___
2. Evidentierea <i>T. p.</i> prin imunofluorescenta	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
3. Serologie teste cardiolipinice: VDRL, RPR	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
4. VDRL cantitativ	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
5. Serologie teste treponemice (TPHA,FTA-abs)	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
6. Serologie IgM antitreponemice	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
7. HIV – ELISA	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___

Diagnostic infectie gonococica: _____

contact.....

Examene de laborator efectuate pentru gonoree:

1. Frotiu	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
2. Cultura	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
3. Teste de amplificare genica	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
3. Serologie teste cardiolipidice VDRL, RPR	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___
4. HIV – ELISA	DA/NU	Rezultat ___ Data ___/___/___

Diagnostic: Infectie cu *Chlamydia trachomatis*: _____ contact.....

Examene de laborator efectuate pentru infectia cu Chlamydia :

1. Cultura	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____
2. Imunofluorescenta directa	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____
3. ELISA	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____
4. Diagnostic molecular (Hibridizare AND-ARN sau PCR)	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____
5. VDRL	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____
6. HIV – ELISA	DA/NU	Rezultat ____ Data __/__/____

ALTE BOLI CU TRANSMITERE SEXUALA ASOCIATE _____

ANTECEDENTE – ALTE BOLI CU POSIBILA TRANSMITERE SEXUALA:

HIV : DA__ NU__ Netestat__

Daca este HIV pozitiv data la care a intrat in CNLAS : __/__/____

Hepatita virala tip B DA__ NU__ Netestat__

Hepatita virala tip C DA__ NU__ Netestat__

Infectie cu *C. trachomatis* DA__ NU__ Netestat__

Herpes genital DA__ NU__ Necunoscut__

Infectie cu Mycoplasma/Ureaplasma DA__ NU__ Netestat__ Necunoscut__

Sifilis DA__ NU__ Netestat__

Gonoree DA__ NU__ Netestat__(necunoscut)

Alte ITS _____

LOCALITATEA INFECTARII: localitatea de domiciliu__ alta localitate(care)_____ alta tara
(care)_____

CALEA DE TRANSMITERE: heterosexuala__ homosexuala__ mama-fat__ alta _____
necunoscuta__

DATA PROBABIL A A RAPORTULUI INFECTANT: __/__/____ necunoscut__

DATA APARITIEI PRIMELOR SEMNE DE BOALA __/__/____ necunoscut__

DATA DEPISTARII (data primului consult medical) ___/___/___

LOCUL DEPISTARII: serviciu D-V ___ cabinet M.F. ___ UPU ___ ginecologie ___ urologie ___ serviciu de planificare familiala ___ serviciu de B.I. ___ clinica ptr. tineri ___ altele (care) _____

MOD DE DEPISTARE ACTIV: certificat prenuptial ___ examen la angajare ___ control periodic ___ control serologic gravida ___ donare de sange si organe ___ investigatie epidemiologica ___ alte (care) _____

MOD DE DEPISTARE PASIV _____

DATA CONFIRMARII (data rezultatului de laborator pozitiv) ___/___/___

SURSA DE INFECTARE: depistata DA ___ NU ___ testata : DA ___ NU ___

Data testarii sursei ___/___/___ Rezultat testare: pozitiv ___ negativ ___

CONTACTI: numar declarat ___ numar depistati ___ numar testati ___ din care pozitivi _____

DATE STRICT CONFIDENTIALE (nu se introduc in baza de date)

DATA INCEPERII TRATAMENTULUI ___/___/___

EFFECTUAT IN: Spital ___ Ambulatoriu de specialitate ___ Cabinet MF ___ Alte (precizati) _____

MEDIC DE FAMILIE: Nume _____ Prenume _____ Judet _____
Localitate _____ Necunoscut _____

Anuntat asupra pacientului: DA ___ NU ___

FARA MEDIC DE FAMILIE _____

DSP a anuntat cel mai apropiat medic de familie sau asistentii medico-sociali: DA ___ NU ___

Daca DA: Nume _____ Prenume _____ Judet _____
Localitate _____

Data completarii ___/___/___

Semnatura si parafa

Medic dermato-venerolog

Semnatura si parafa

Medic epidemiolog