

Documentation des cas de syphilis congénitale

Date du signalement du cas : ___ / ___ / ___

Origine du signalement : CNR ARS CIRE Hôpital Autre, préciser : _____

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Département de naissance : _____ Si naissance hors France, préciser le pays : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Sexe _____

Terme de grossesse (en semaine aménorrhée): _____ SA Poids de naissance : _____ g

Examens biologiques à visée diagnostique :

Date du diagnostic biologique : ___ / ___ / ___

> Sérum

Test(s) tréponémique(s) (TPHA / ELISA) Positif Négatif Non fait

Si recherche d'IgM Préciser la technique : _____

VDRL / RPR Positif Négatif Non fait

> Diagnostic direct

Microscope à fond noir Positif Négatif Non fait

PCR <i>merci de cocher une case pour chaque type de prélèvement :</i>	Positif	Négatif	Non fait
LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez-gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang total (<i>cordons ou autre</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes cliniques Oui Non

Si Oui, Date des premiers signes cliniques : ___ / ___ / ___

Signes de fœtopathie

Atteinte hépatique Atteinte splénique

Atteinte rénale Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Malformation intra-utérine Fièvre Anémie

Autre, préciser :

Signes de syphilis

Atteinte(s) ostéoarticulaire(s) Atteinte(s) cutanéomuqueuse(s)

Atteinte(s) neurologique(s) Rhinite persistante

Autre, préciser : _____

Examens complémentaires:Signes radiologiques de syphilis congénitale : Oui Non Non recherchésFonction hépatique : Normal Pathologique Ne sait pasL'enfant a-t-il été traité? Oui Non Ne sait pas

Si Oui compléter le tableau ci-dessous :

Date	Spécialité	Posologie	Voie d'administration	Durée

Délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement (jours) :

Evolution initiale Retour à domicile Transfert vers un autre service Décès**INFORMATIONS SUR LA MERE DE L'ENFANT :****a. Caractéristiques sociodémographiques**

Age de la mère à l'accouchement : _____ Parité : _____

Date de naissance de la mère : ___ / ___ / ___

Mère née en France : Oui Non Si Non, Pays de naissance : _____Mère arrivée au cours de sa grossesse en France : Oui Non NSP

Si oui, pays de provenance : _____

Antécédent de syphilis antérieure à la grossesse : Oui Non NSP

si Oui année de l'infection : _____

Traitement pour une syphilis antérieure à la grossesse : Oui Non NSPSi Oui : nombre d'injections d'extencilline : 3 1 NSP

Si Oui, à quel mois de grossesse ? _____ dans quel pays : _____

b. Suivi de la mère pendant la grossesse:Grossesse suivie : Oui Non NSPSi oui, à quel trimestre de la grossesse a démarré le suivi ? T1 T2 T3 NSPY a-t-il eu une rupture de suivi (quel que soit le moment ou la durée) ? Oui Non NSPSi oui, à quel trimestre de la grossesse a eu lieu la rupture de suivi ? : T1 T2 T3 NSP

Circonstances particulières ayant pu favoriser une mauvaise prise en charge de la grossesse (précarité...), préciser : _____

c. Diagnostic clinique, biologique et traitement de la syphilis pendant la grossesse:Sérologie syphilis réalisée au cours de la grossesse : Oui Non NSPSi oui, préciser à quel trimestre de la grossesse : T1 T2 T3 accouchementSi premier dépistage réalisé après le 1^{er} trimestre, date (en SA) : _____

Indiquer les résultats sérologiques :

> Test(s) tréponémique(s) (TPHA / ELISA) : Positif Négatif Non fait> Test(s) non tréponémique(s) (VDRL / RPR) : Positif Négatif Non fait

> Si positif, titrage du VDRL/RPR : _____

Raison(s) du dépistage tardif :

- 1^{ère} consultation tardive (>1^{er} trimestre) sérologie non prescrite à la première consultation
- sérologie prescrite mais examen non fait mère perdue de vue après la première consultation
- grossesse non suivie

Contamination au cours de la grossesse : Oui Non Ne sait pasY a-t-il eu un traitement suite au dépistage ? Oui Non

Si Oui compléter le tableau ci-dessous :

Date	Spécialité	Posologie	Voie d'administration	Durée

Délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement (jours) : _____

Signes cliniques de syphilis Oui Non NSPSi Oui, lesquels ? Chancre syphilitique Eruption cutanée Autre signe de syphilis secondaire : _____ Signe de syphilis tertiaire : _____**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**Partenaire dépisté: Oui Non NSP

si Oui, Résultats :

Date de prélèvement (en SA de la mère)	VDRL ou RPR	TPHA	IgM (Eia/ FTA-abs)	IgM (Immunoblot)