

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 : ___ / ___ / ___

Terme de grossesse (en semaine aménorrhée): _____

Examens biologiques à visée diagnostique: Sérum

Date de prélèvement	Laboratoire qui a réalisé l'examen	VDRL ou RPR	TPHA ou autre test tréponémique (TPLA, Elisa....)	IgM (Eia/FTA-abs)	IgM (Immunoblot)

Autres prélèvements : LCR, Placenta, liquide amniotique...

Type de prélèvement	Date de prélèvement	Examen pratiqué	Nom du laboratoire qui a réalisé l'examen	Résultat

Examen clinique Signes cliniques Oui Non

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

Si Oui, Cocher le ou les signe(s) clinique(s) observé(s) :

Ictère Hépatomégalie Splénomégalie Ascite Condylome

Coryza Anémie Glomérulonéphrite

Atteinte osseuse : Périostite Ostéochondrite Ostéite

Lésions cutanéomuqueuses, préciser : _____

Autres : _____

Examens complémentaires:

Signes radiologiques de syphilis congénitale : Oui Non Non recherchés

Fonction hépatique : Normal Pathologique Ne sait pas

L'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

INFORMATIONS SUR LA MERE DE L'ENFANT :

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

Mère née en France Oui Non Si Non, Pays de naissance : _____

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 NSP
Si Oui : nombre d'injections d'extencilline : 3 1 NSP
Si Oui, à quel mois de grossesse ? _____ dans quel pays : _____

Circonstances particulières pouvant favoriser une mauvaise prise en charge de la grossesse (gens du voyage, précarité...), préciser : _____

Facteurs de risque : prostitution sortie de prison multipartenaires
 autres, préciser : _____

a. Suivi de la mère pendant la grossesse:

Premier dépistage :

1^{er} trimestre de grossesse 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre accouchement

Si premier dépistage réalisé après le 1^{er} trimestre, date (en SA) : _____

Raison 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 pas

Résultats des sérologies réalisées au cours de la grossesse:

Date de prélèvement (en SA)	VDRL ou RPR	TPHA ou autre test tréponémique	Igm (Eia/ FTA-bs)	IgM (Immunoblot)

Y 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

b. Signes cliniques de la syphilis pendant la grossesse: Oui Non NSP

Si Oui, lesquels ? Chancre syphilitique Eruption cutanée

Autre, préciser : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Partenaire dépisté: Oui Non NSP

si Oui, Résultats des sérologies réalisées :

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