

## Documentation d'un cas de syphilis congénitale

Date du signalement du cas : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Origine du signalement :  CNR  ARS  Cellule régionale  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 : --/--/---- 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 :  Normale  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  Non  NSP  Oui, si oui année : \_\_\_\_\_

Traitement pour une syphilis antérieure à la grossesse :  Oui  Non  NSP

Si Oui : nombre d'injections d'extencilline  3  1  NSP ;  traitement non connu

Mère arrivée au cours de sa grossesse en France ? :  Oui  Non

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

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

### Suivi de la mère pendant la grossesse :

Premier dépistage :  1<sup>er</sup> trimestre de grossesse  2<sup>ème</sup> trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre  accouchement

Si premier dépistage réalisé après le 1<sup>er</sup> trimestre, préciser la date (en semaine d'aménorrhée (SA)) :

Raison du dépistage tardif :  1<sup>ère</sup> consultation tardive (>1<sup>er</sup> 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-abs)	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

**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)

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