



Tarjeta de tratamiento
Enfermedades de Transmisión Sexual

Apellido y Nombres: _____ Teléfono: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

H.C.: _____

GÉNERO	Femenino	Masculino	TRANS

Diagnóstico:

Embarazo: SI NO

Sífilis Temprana* (Primaria y Secundaria) Sífilis Sin especificar** Sífilis Congénita

Secreción genital purulenta (Gonorrea) Secreción genital sin especificar

Laboratorio. VDRL cuantitativa: _____ Fecha: ____/____/____

TPPA (Pba Treponémica) _____ Fecha: ____/____/____

Bacteriológico: _____ Fecha: ____/____/____

CONTROL DE TRATAMIENTO	Fecha de aplicación	Concurrió		Observaciones
		SI	NO	
1° dosis:				
2° dosis:				
3° dosis:				

Control de Contactos

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	Relación/ Vínculo	Resultado del Examen			Tratamiento	
			VDRL	TPPA	Bacterio	SI	NO

Observaciones:

*Sífilis Temprana (Primaria y secundaria): todo individuo mayor de 18 meses con úlcera indurada no dolorosa (Chancro); ó Rash o lesiones dérmicas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores que involucra especialmente palmas y plantas y /o mucosas, y/o faneras.

**Sífilis sin especificar: todo individuo mayor de 18 meses asintomático, con pruebas no treponémicas reactivas.