

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SINAN – SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO –DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOARIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ,
O PARTO E O PUERPERIO-CID 10 – O98.6**

TOXOPLASMOSE EM GESTANTES E CRIANÇAS EXPOSTAS-CID 10- O98.6

Tipo de notificação: INDIVIDUAL				2- Data da Notificação			
3- Município de Notificação							
4- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				6- Data dos primeiros sintomas			
7- Nome do paciente/gestante				8- Data de Nascimento			
9- (ou) Idade D-dias		10- Sexo M-masculino F-feminino		11-Raça/Cor		12-Escolaridade (em anos de estudo)	
M-meses		I-ignorado		1-branca 2-preta 3-amarela		1-nenhuma 2- de 1 a 3 3- de 4 a 7 4-8 a 11	
A-anos				4-parda 5-indígena 9-ignorado		5-12 a mais 6-não se aplica 9-ignorado	
13-Número do CARTÃO SUS				14- Nome da Mãe			
19-Logradouro (rua, avenida)				código		20-Número	
21-Complemento (rua, avenida...)				22-Ponto de Referência		23- UF	
24-Município de Residência		Código (IBGE)		Distrito			
25-Bairro		Código (IBGE)		26-CEP			
27-(DDD) Telefone		28-Zona		29-País (se reside fora do Brasil)		Código	
		1-urbana 2- rural					
		3-urbana/rural 9-ignorado					
FORMAGUDA		FORMACRÔNICA		SUSCEPTÍVEL			
Nº. PRONTUÁRIO		Nº. SISPRENATAL					
ESTADO CIVIL		OCUPAÇÃO (NA GESTAÇÃO)					
RENDA FAMILIAR SM/Nº. PESSOAS							
DADOS COMPLEMENTARES DO PRÉ-NATAL							
Nº. gestações Nº. partos Nº. abortos Nº. natimortos Idade gestacional na 1ª consulta sem Data Última Menstruação							
Data provável do parto Hospital provável:							
Evidências clínicas: 1-sim 2-não 9-ign							
Linfadenomegalia Fadiga Febre Mal-estar Dor de garganta Cefaléia							
Mialgia Linfocitose atípica Caso assintomático							
Evidências laboratoriais: Resultado de exames (ELISA) 1-reagente 2-não reagente 3-inconclusivo 4-não realizado 9-ign							
1ª sorologia para toxoplasmose IgM – título IgG- título Data (1ª consulta pré-natal)							
1ª sorologia para toxoplasmose IgM – título IgG- título Data (2º trimestre)							
1ª sorologia para toxoplasmose IgM – título IgG- título Data (3º trimestre)							
Sorologia positiva p/ anti-HIV Data Teste de Avidéz da IgG 1-Fraca (infecção aguda) 2-Forte (infecção crônica)							
Data da Ultra-sonografia Resultado							
Obs.:							
III – TRATAMENTO							
Foi realizado 1-sim 2-não 9-ign Data de início							
Esquema terapêutico preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde do PR/MS							
Rovamicina ^R até final 1º trimestre Espiramicina uso contínuo nas últimas semanas de gestação							
Sulfadiazina + Pirimetamina e Ácido Folinico alternados a cada três semanas (da 14ª a 35ª semana)							
Outros esquemas							
Rovamicina ^R até final da gestação (descanso de 7 dias a cada 3 semanas)							
Outras drogas Houve interrupções 1- sim 2-não 9-ign							
Houve efeitos colaterais 1- sim 2-não 9-ign Quais:							

IV – ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Fatores ambientais 1-sim 2-não 9-ign

☐ contato com gato (domicílio/trabalho) se ocorre ☐ infância ☐ idade adulta ☐ gestação atual
☐ Exposição ao lixo e dejetos (peridomicílio) ☐ Manuseio da terra (sem luvas)

Hábitos alimentares durante gestação

☐ Consumo de água 1-rede pública 2-filtrada/fervida 3-poço 4-mina 5-Outro: _____
☐ Consumo de leite 1-in natura 2-fervido 3-pasteurizado 4-não consome tipo ☐ vaca ☐ cabra ☐ égua
☐ Consumo de queijo frescos 1-frequente 2-ocasional 3-não consome ☐ Ingesta ovos crus 1-sim 2-não
☐ Ingesta carne crua/mal cozida 1-frequente 2-ocasional 3-não consome ☐ boi ☐ porco ☐ carneiro
☐ Ingesta vegetais in natura 1-frequente 2-ocasional 3-não consome ☐ hortaliças ☐ leguminosas ☐ frutas

OBS.:

DADOS COMPLEMENTARES DA CRIANÇA – 1 ANTECEDENTES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS

Data nascimento N°. DN _____
Recém Nascido ☐ 1-pré-termo (<37sem) 2- a termo (37-41sem) 3-pós-termo (42sem e +) Peso _____ gramas
Natimorto perda fetal ☐ 1-sim 2-não 9-ign
Sinais e sintomas 1-sim 2-não 9-ign
☐ Lesão ocular, do tipo ☐ catarata ☐ glaucoma ☐ retinopatia Outra: _____
☐ Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia ☐ Icterícia ☐ Erupção máculo-papular ☐ Microcrania
☐ Macrocrania ☐ Deficiência Auditiva

II – ATENDIMENTO

Ocorreu hospitalização ☐ 1-sim 2-não 9-ign Data Hospital: _____
Acompanhamento clínico ☐ 1-sim 2-não 9-ign Local: _____

III – DADOS LABORATORIAIS

Data das coletas 1° Amostra 2° Amostra 3°
Resultado dos Exames 1-reagente 2-não reagente 3-inconclusivo 4-não realizado 9-ign
1° sorologia p/ toxoplasmose ☐ IgM-título ☐ IgG-título Data (ao nascer)
2° sorologia p/ toxoplasmose ☐ IgM-título ☐ IgG-título Data (4 meses de idade)
3° sorologia p/ toxoplasmose ☐ IgM-título ☐ IgG-título Data (12 meses de idade)
Sorologia positiva p/ anti-HIV ☐ Data Teste Avidéz da IgG ☐ 1- Fraca (Infecção Aguda) 2-Forte (Infecção Crônica)
Diagnóstico sorológico p/ toxoplasmose fase aguda ☐ sim ☐ não ☐ inconclusivo

IV – EVOLUÇÃO DA CRIANÇA

Avaliação pediátrica	1-sim	2-não	9-ign	Achados
Datas				_____
Avaliação pediátrica	1-sim	2-não	9-ign	Achados
Datas				_____
Avaliação pediátrica	1-sim	2-não	9-ign	Achados
Datas				_____
Avaliação pediátrica	1-sim	2-não	9-ign	Achados
Datas				_____
Outros achados				

V – TRATAMENTO DA CRIANÇA

Foi realizado 1-sim 2-não 9-ign Data de início
☐ Rovamicina^R ☐ Sulfadiazina ☐ Pirimetamina ☐ Ácido fólico ☐ Espiramicina ☐ Outras drogas
Houve interrupções ☐ 1-sim 2-não 9-ign Profilaxia materna ☐ 1- adequada 2-inadequada 3-não realizada 9-ign

Investigador:

Nome:

Data:

