



DEFINIÇÃO DE CASO:

SITUAÇÃO 1: MULHER ASSINTOMÁTICA PARA SÍFILIS QUE, DURANTE O PRÉ-NATAL, O PARTO E/OU O PUERPÉRIO, APRESENTE PELO MENOS UM TESTE REAGENTE TREPONÊMICO E/OU NÃO TREPONÊMICO, COM QUALQUER TITULAÇÃO, SEM REGISTRO DE TRATAMENTO PRÉVIO.

SITUAÇÃO 2: MULHER SINTOMÁTICA PARA SÍFILIS QUE, DURANTE O PRÉ-NATAL, O PARTO E/OU O PUERPÉRIO, APRESENTE PELO MENOS UM TESTE REAGENTE TREPONÊMICO E/OU NÃO TREPONÊMICO, COM QUALQUER TITULAÇÃO. PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A SINTOMATOLOGIA DA SÍFILIS, CONSULTAR O GUIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE E/OU PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), DISPONÍVEL RESPECTIVAMENTE EM WWW.SAUDE.GOV.BR/SVS E WWW.AIDS.GOV.BR/PCDT.

SITUAÇÃO 3: MULHER QUE, DURANTE O PRÉ-NATAL, O PARTO E/OU O PUERPÉRIO, APRESENTE TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE COM QUALQUER TITULAÇÃO E TESTE TREPONÊMICO REAGENTE, INDEPENDENTEMENTE DE SINTOMATOLOGIA DA SÍFILIS E DE TRATAMENTO PRÉVIO.

DADOS GERAIS	1 – TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL			
	2 – AGRAVO / DOENÇA			CÓDIGO (CID 10)		3 – DATA DA NOTIFICAÇÃO
	SÍFILIS EM GESTANTE			098.1		
	4 – UF	5 – MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)	
6 – UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO		7 – DATA DO DIAGNÓSTICO	

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 – NOME DO(A) PACIENTE				9 – DATA DE NASCIMENTO			
	10 – (OU) IDADE <input type="checkbox"/>		11 - SEXO <input type="checkbox"/>		12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>		13 – RAÇA / COR <input type="checkbox"/>	
	1 – HORA 3 – MÊS		F – FEMININO		1 – 1º TRIMESTRE 4 – IDADE GESTACIONAL IGNORADA		1 – BRANCA 2 – PRETA 3 – AMARELA	
	2 – DIA 4 – ANO				2 – 2º TRIMESTRE 6 – NÃO SE APLICA		4 – PARDA 5 – INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	3 – 3º TRIMESTRE 9 - IGNORADO							
	14 – ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/>							
0 - ANALFABETO								
1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)				6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)				
2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)				7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA				
3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)				8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA				
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)				9 - IGNORADO				
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)				10 - NÃO SE APLICA				
15 – NÚMERO DO CARTÃO SUS				16 – NOME DA MÃE				

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 – MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19 - DISTRITO	
	20 – BAIRRO					CÓDIGO	
	21 – LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA, ETC.)			22 – NÚMERO		23 – COMPLEMENTO (APTO, CASA...)	
	24 – GEO CAMPO 1	25 – GEO CAMPO 2	26 – PONTO DE REFERÊNCIA			27 - CEP	
	28 – (DDD) TELEFONE		29 – ZONA <input type="checkbox"/>		30 – PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		
		1 – URBANA 2 – RURAL 3 – PERIURBANA 9 - IGNORADO					

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANT. EPID. GESTANTE	31 - OCUPAÇÃO					
	32 - UF	33 – MUNICÍPIO DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL			CÓDIGO (IBGE)	
	34 – UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL					CÓDIGO
	35 – Nº DA GESTANTE NO SIS PRÉ-NATAL			36 – CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/>		
			1 – PRIMÁRIA 2 – SECUNDÁRIA 3 – TERCIÁRIA 4 – LATENTE 9 - IGNORADO			

DADOS LABORATORIAIS	RESULTADO DOS EXAMES <input type="checkbox"/> 38 – TÍTULO 37 – TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO	39 – DATA	
	40 – TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL <input type="checkbox"/> 1 – REAGENTE 2 – NÃO REAGENTE 3 – NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO		
TRATAMENTO / ENCERRAMENTO	41 – ESQUEMA DE TRATAMENTO PRESCRITO <input type="checkbox"/>		
	1 – PENICILINA G BENZANTINA 2.400.000 UI 2 – PENICILINA G BENZANTINA G 4.800 UI (NÃO PRECONIZADO) 3 – PENICILINA G BENZANTINA 7.200.000 UI	4 – OUTRO ESQUEMA 5 – NÃO REALIZADO	9 – IGNORADO
ANT. EPIDEMIOLÓGICOS DA PARCERIA SEXUAL	42 – PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 3 – IGNORADO		
	43 – ESQUEMA DE TRATAMENTO PRESCRITO AO PARCEIRO <input type="checkbox"/>		
	1 – PENICILINA G BENZANTINA 2.400.000 UI 2 – PENICILINA G BENZANTINA G 4.800 UI (NÃO PRECONIZADO) 3 – PENICILINA G BENZANTINA 7.200.000 UI	4 – OUTRO ESQUEMA 5 – NÃO REALIZADO	9 – IGNORADO
ANT. EPIDEMIOLÓGICOS DA PARCERIA SEXUAL	44 – MOTIVO PARA O NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO <input type="checkbox"/>		
	1 – PARCEIRO NÃO TEVE MAIS CONTATO COM A GESTANTE 2 – PARCEIRO NÃO FOI COMUNICADO / CONVOCADO À US PARA TRATAMENTO 3 – PARCEIRO FOI COMUNICADO/CONVOCADO À US PARA TRATAMENTO, MAS NÃO COMPARECEU 4 – PARCEIRO FOI COMUNICADO/CONVOCADO À US MAS RECUSOU O TRATAMENTO 5 – PARCEIRO COM SOROLOGIA NÃO REAGENTE 6 – OUTRO MOTIVO: _____		
INVESTIGADOR(A)	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	FUNÇÃO	
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		
	DATA	ASSINATURA	