



DEFINIÇÃO DE CASO: PARA FINS DE NOTIFICAÇÃO, ENTENDE-SE POR GESTANTE HIV+ AQUELA EM QUE FOR DETECTADA A INFECÇÃO POR HIV OU AS QUE JÁ TEM O DIAGNÓSTICO CONFIRMADO COMO AIDS. PARA TANTO NÃO SE ESPERA A REALIZAÇÃO DE TESTES CONFIRMATÓRIOS. OS CRITÉRIOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA DETECÇÃO LABORATORIAL DO HIV ESTÃO DESCRITOS EM PUBLICAÇÃO ESPECÍFICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (WWW.AIDS.GOV.BR).

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	2 AGRAVO / DOENÇA GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS		CÓDIGO (CID 10) Z 21			
	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 PACIENTE				9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (OU)IDADE <input type="checkbox"/> _____ D - DIAS M - MESES A - ANOS	11 SEXO <input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1ºTRIMESTRE 2 - 2ºTRIMESTRE 3 - 3ºTRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13 RAÇA / COR <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14 ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDOS CONCLUÍDOS) 0- ANALFABETO 1- 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2- 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 3- 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 4- ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5- ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 6- ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 7- EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8- EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9- IGNORADO 10- NÃO SE APLICA					
	15 NÚMERO DO CARTÃO SUS			16 NOME DA MÃE		

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

ANT. EPID. MÃE / HIV	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO			
	31 OCUPAÇÃO		32 EVIDÊNCIA LABORATORIAL DO HIV 1 - ANTES DO PRÉ-NATAL 2 - DURANTE O PRÉ-NATAL 3 - DURANTE O PARTO 4 - APÓS O PARTO	

DADOS DO PRÉ-NATAL	PRÉ-NATAL			
	33 FEZ/FAZ PRÉ NATAL? 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	34 UF	35 MUNICÍPIO DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL	CÓDIGO IBGE
	36 UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL			CÓDIGO
37 N.º DA GESTANTE NO SISPRENATAL		38 USO DE ANTI-RETROVIRAIS PARA PROFILAXIA 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	39 DATA DO INÍCIO DO ANTI-RETROVIRAL PARA PROFILAXIA	

DADOS DO PARTO	PARTO			
	40 UF	41 MUNICÍPIO DO LOCAL DO PARTO		CÓDIGO IBGE
	42 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO			CÓDIGO
	43 DATA DO PARTO		44 TIPO DE PARTO 1 - VAGINAL 2 - CESÁREA ELETIVA 3 - CESÁREA DE URGÊNCIA 4 - NÃO SE APLICA	
	45 FEZ USO DE PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL DURANTE O PARTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		46 EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ: 1 - NASCIDO VIVO 2 - NATIMORTO 3 - ABORTO 4 - NÃO SE APLICA	
	47 INÍCIO DA PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL NA CRIANÇA (HORAS): 1 - NAS PRIMEIRAS 24H DO NASCIMENTO 2 - APÓS 24H DO NASCIMENTO 3 - NÃO SE APLICA 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO			

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA