

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 ou não treponêmico com qualquer titulação - e sem registro de tratamento prévio..

Situação 2: Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação...

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, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

*Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação		2- Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTES		O 98.1	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
	14 Escolaridade			Etnia
	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			1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	PcD (pessoa com deficiência)	Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Nacionalidade
	1- sim 2- não	1- sim 2- não		
	Passaporte		Orientação sexual	
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 DISTRITO
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	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	30 País
	()		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	Unidade de Saúde de Referência			
	Dados complementares do Caso			
ANTEC. EPI. 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 SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
		1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
DADOS LABORATORI	Resultado dos Exames			
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título	39 Data
1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:		
40 Teste treponêmico no pré-natal				
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
TRAT. GESTANT	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				

ANT. EPID. DA PARCELA SEXUAL	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante <input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro <input type="checkbox"/>
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado
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: _____

CONCLUSÃO	OBSERVAÇÃO:

INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura