



PREFEITURA DE VITÓRIA

Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO TOXOPLASMOSE EM GESTANTE

República Federativa do Brasil
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE

NOTIFICAÇÃO SINAN

Nº _____

Dados Gerais

1 - Tipo de Notificação: 2- Individual

2- Agravado/doença: TOXOPLASMOSE EM GESTANTE Código (CID10): O986 3 - Data da Notificação: ____/____/____

4 - UF: _____ 5 - Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 - Unidade de Saúde: _____ Código: _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas: ____/____/____

Notificação Individual

8 - Nome do Paciente: _____ 9 - Data Nascimento: ____/____/____

10 - Idade: _____ 11- Sexo: _____ (1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado) 12 - Gestante: _____ (1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5- Não 6-Não se aplica 9-Ignorado)

13 - Raça/Cor: _____ (1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado) 14 - Escolaridade: _____ (0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1ª ao 3ª ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado)

15 - Cartão SUS: _____ 16 - Nome da Mãe: _____

Dados de Residência

17 - UF: _____ 18 - Município: _____ Código (IBGE): _____ 19 - Distrito: _____

20 - Bairro: _____ 21 - Logradouro: _____ Código _____

22 - Número: _____ 23 - Complemento: _____ 24 - Geo campo 1: _____

25 - Geo campo 2: _____ 26 - Ponto de Ref: _____ 27 - CEP: _____

28 - Telefone/Celular: (0XX _____) 29 - Zona: _____ (1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado) 30 - País: _____

Dados Complementares

31- Município onde realizou o Pré-Natal: _____ 32- Unidade onde realizou o Pré-Natal _____

33- Idade gestacional no diagnóstico (semanas): _____

34- Esquema de tratamento prescrito à gestante: (1 Espiramicina 2 Esquema Triplíce 3 Outros). Qual? _____ Outros: _____

35- Data da Última Menstruação: ____/____/____ 36- Data Provável do Parto: ____/____/____

Dados Laboratoriais

37- Data da coleta: ____/____/____

38- Resultado de sorologia para Toxoplasmose: (1 Reativo 2 Não Reativo 3 Indeterminado 4 Em Andamento) Anticorpo IgM: _____ Anticorpo IgG: _____

39- Avidéz de IgG: (1 Baixa 2 Moderada 3 Alta) _____

Conclusão

40- Dt. Investigação: ____/____/____

41- Classificação Final: (1 Confirmado 2 Descartado) _____

42- Critério de confirmação/descarte: (1 Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico) _____ Local provável da fonte de infecção: _____

43- O caso é autóctone do município de residência? (1 Sim 2 Não 3 Indeterminado) _____ 44- UF: _____

45- País: _____ 46 Município: _____ Cód. IBGE: _____ 47 Distrito: _____ 48- Bairro: _____

49- Doença relacionado ao trabalho: (1- Sim 2- Não 3- Ignorado) _____

50- Evolução do caso: (1 Cura 2 Óbito Pelo Agravado Notificado 3 Óbito Por Outras Causas 9- Ignorado) _____

51- Data do óbito: ____/____/____ 52 Data do encerramento: ____/____/____

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. Unid. de Saúde: _____

Nome: _____

Função: _____ Conselho Nº: _____