



República Federativa do Brasil
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE
NOTIFICAÇÃO SINAN

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO
TOXOPLASMOSE CONGÊNITA**

Nº _____

Dados Gerais

1 - Tipo de Notificação: 2- Individual
2- Agravado/doença: TOXOPLASMOSE CONGÊNITA Código (CID10): P371 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 (1º ao 3º 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 - Sinais e sintomas (1-Sim 2-Não):
Lesão ocular: _____ Hepatomegalia: _____ Esplenomegalia: _____ Icterícia: _____
Deficiência auditiva: _____ Linfadenopatia: _____ Mialgia: _____ Artralgia: _____
Febre: _____ Astenia: _____
32 - Estabelecimento de Saúde de ocorrência do parto: _____
33 - Ocorreu hospitalização? (1-Sim 2-Não) _____ Estabelecimento: _____
34 - Esquema de tratamento prescrito (1 Espiramicina 2 Esquema Tríplice 3 Outros), Qual? _____ Outros: _____
33 - Acompanhamento clínico especializado para Toxoplasmose: (1-Sim 2-Não) _____ Estabelecimento: _____
35 - Esquema de tratamento prescrito ao RN: (1 Espiramicina 2 Esquema Tríplice 3 Outros), Qual? _____ Outros: _____
36 - Acompanhamento em consulta de Puericultura: (1-Sim 2-Não) _____ Estabelecimento: _____

Dados Laboratoriais

37- Data da coleta de Sorologia para Toxoplasmose: ____/____/____
38- Resultado de sorologia para Toxoplasmose:(1 Reativo 2 Não Reativo 3 Indeterminado 4 Em Andamento)
Anticorpo IgM: _____ Anticorpo IgG: _____

Conclusão

39- Dt. Investigação: ____/____/____
40- Classificação Final: (1 Confirmado 2 Descartado) _____
41- Critério de confirmação/descarte: (1 Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico) _____ Local provável da fonte de infecção: _____
42- 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: _____