

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SINAN – SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO –DOENÇAS CAUSADAS POR PROTOZOARIOS COMPLICANDO A GRAVIDEZ,
O PARTO E O PUERPERIO-CID 10 – O98.6
TOXOPLASMOSE EM GESTANTES E CRIANÇAS EXPOSTAS-CID 10- O98.6**

Tipo de notificação: INDIVIDUAL		2- Data da Notificação	
3- Município de Notificação			
4- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		6- Data dos primeiros sintomas	
7- Nome do paciente/gestante		8- Data de Nascimento	
9- (ou) Idade D-dias	<input type="checkbox"/> M-meses	10- Sexo M-masculino	<input type="checkbox"/> F-feminino
<input type="checkbox"/> A-anos	<input type="checkbox"/> I-ignorado	11-Raça/Cor	12-Escolaridade (em anos de estudo)
		1-branca 2-preta 3-amarela	1-nenhuma 2- de 1 a 3 3- de 4 a 7 4-8 a 11
		4-parda 5-indígena 9-ignorado	5-12 a mais 6-não se aplica 9-ignorado
13-Número do CARTÃO SUS		14- Nome da Mãe	
19-Logradouro (rua, avenida)		código	20-Número
21-Complemento (rua, avenida...)		22-Ponto de Referência	
24-Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito
25-Bairro		Código (IBGE)	26-CEP
27-(DDD) Telefone	28-Zona	29-País (se reside fora do Brasil)	
	1-urbana 2- rural	Código	
	3-urbana/rural 9-ignorado		
<input type="checkbox"/> FORMA AGUDA		<input type="checkbox"/> FORMA CRÔNICA <input type="checkbox"/> SUSCEPTÍVEL	
Nº. PRONTUÁRIO		Nº. SISPRENATAL	
ESTADO CIVIL		OCUPAÇÃO (NA GESTAÇÃO)	
RENDA FAMILIAR SM/Nº. PESSOAS			
DADOS COMPLEMENTARES DO PRÉ-NATAL			
Nº. gestações		Nº. partos	
Nº. abortos		Nº. natimortos	
Idade gestacional na 1ª consulta		Data Última Menstruação	
Data provável do parto		Hospital provável:	
Evidências clínicas: 1-sim 2-não 9-ign			
<input type="checkbox"/> Linfadenomegalia		<input type="checkbox"/> Fadiga	
<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Mal-estar	
<input type="checkbox"/> Dor de garganta		<input type="checkbox"/> Cefaléia	
<input type="checkbox"/> Mialgia		<input type="checkbox"/> Linfocitose atípica	
<input type="checkbox"/> Caso assintomático			
Evidências laboratoriais: Resultado de exames (ELISA) 1-reagente 2-não reagente 3-inconclusivo 4-não realizado 9-ign			
1ª sorologia para toxoplasmose		IgM – título	
IgG- título		Data	
		(1ª consulta pré-natal)	
1ª sorologia para toxoplasmose		IgM – título	
IgG- título		Data	
		(2º trimestre)	
1ª sorologia para toxoplasmose		IgM – título	
IgG- título		Data	
		(3º trimestre)	
Sorologia positiva p/ anti-HIV		Data	
Teste de Aidez da IgG		1-Fraca (infecção aguda) 2-Forte (infecção crônica)	
Data da Ultra-sonografia		Resultado	
Obs.:			
III – TRATAMENTO			
Foi realizado		Data de início	
Esquema terapêutico preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde do PR/MS			
<input type="checkbox"/> Rovamicina ^R até final 1º trimestre <input type="checkbox"/> Espiramicina uso contínuo nas últimas semanas de gestação			
<input type="checkbox"/> Sulfadiazina + Pirimetamina e Ácido Folinico alternados a cada três semanas (da 14ª a 35ª semana)			
Outros esquemas			
<input type="checkbox"/> Rovamicina ^R até final da gestação (descanso de 7 dias a cada 3 semanas)			
<input type="checkbox"/> Outras drogas			
Houve interrupções <input type="checkbox"/> 1- sim 2-não 9-ign			
Houve efeitos colaterais <input type="checkbox"/> 1- sim 2-não 9-ign Quais:			

