

SES:

(Periodicidade de notificação – 7 Dias)

Nº

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

PACIENTE MENOR DE 14 ANOS? SE SIM, REALIZAR NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

## 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 E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio.**Situação 2** - Mulher sintomática<sup>a</sup> para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação.<sup>a</sup> Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) e [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt).**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, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.<sup>\*</sup> 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 GESTANTE		O98.1	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados de Residência	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 (se residente fora do Brasil)	
Dados de Residência	1 - Urbana 2 - Rural		3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	Dados Complementares do Caso			
	31 Ocupação			
Ant. epid. gestante	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 laboratoriais	Resultado dos Exames		38 Título	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		39 Data	
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:	
Tratamento/encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal		9 - Ignorado	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	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			
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
	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. epidemiológicos da parceria sexual	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: _____			

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

Sífilis em gestante	Sinan NET	SVS	29/09/2008
---------------------	-----------	-----	------------

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_