



**SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

**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.

a- 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.

• Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO: 2 - INDIVIDUAL	
	2 AGRAVO / DOENÇA: <b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>	
	3 DATA DA NOTIFICAÇÃO:	
DADOS DE RESIDÊNCIA	4 UF: <b>SP</b>	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO: <b>CAMPINAS</b>
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA):	
	7 DATA DO DIAGNÓSTICO:	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE:	
	9 DATA DE NASCIMENTO:	
	10 (ou) IDADE: 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANO <input type="checkbox"/>	
11 SEXO: F - FEMININO <input type="checkbox"/>		12 GESTANTE: 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
13 RAÇA / COR: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>		
14 ESCOLARIDADE: 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 a 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 <input type="checkbox"/>		
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS:		16 NOME DA MÃE:
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF:	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
	20 BAIRRO:	
	21 LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...):	
22 NÚMERO:		23 COMPLEMENTO (APTO., CASA, ...):
25 GEO CAMPO 2:		26 PONTO DE REFERÊNCIA:
28 (DDD) TELEFONE:		29 ZONA: 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
31 OCUPAÇÃO:		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL):
<b>DADOS COMPLEMENTARES DO CASO</b>		
ANT. EPID. GESTANTE	32 UF:	
	33 MUNICÍPIO DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL:	
	34 UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL:	
35 NÚMERO DA GESTANTE NO SISPRENATAL:		36 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA: 1 - PRIMÁRIA 2 - SECUNDÁRIA 3 - TERCIÁRIA 4 - LATENTE 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>
DADOS LABORATORIAIS	37 TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL: 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	38 TÍTULO: 1:	
	39 DATA:	
TRATAMENTO / ENCERRAMENTO	40 TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ-NATAL: 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	
	42 PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE: 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	
ANT. EPIDEMIOLOGICOS 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 <input type="checkbox"/>	

44 MOTIVO PARA O NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO: 

- 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: \_\_\_\_\_

## 45 TRATAMENTO DA GESTANTE:

1ª DOSE: \_\_\_\_\_ 2ª DOSE: \_\_\_\_\_ 3ª DOSE: \_\_\_\_\_  
IDADE GESTACIONAL: \_\_\_\_\_

## 46 TRATAMENTO DO PARCEIRO:

1ª DOSE: \_\_\_\_\_ 2ª DOSE: \_\_\_\_\_ 3ª DOSE: \_\_\_\_\_

## 47 DATA PROVÁVEL DO PARTO:

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE:

CÓD. DA UNID. DE SAÚDE:

NOME:

FUNÇÃO:

ASSINATURA:

NÃO RASURAR