**INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL (CID 10 – O98.6)**

**I DADOS GERAIS**

**1 – NÚMERO NOTIFICAÇÃO NO SINAN – CID 10 O98.6** – preencher com o número da notificação da Ficha de Notificação/Conclusão de Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério (CID 10 O98.6) no SINAN. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**2 - DATA DA NOTIFICAÇÃO** - preencher o campo com o dia, mês e ano da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**3 - MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO** – marcar o nome do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**4 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA –** marcar o nome do município do Estado do Tocantins no qual a gestante reside. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**5 - SE OUTRO, QUAL? –** Caso a gestante não residir no Estado do Tocantins, informar o município e estado de residência.

**6 - DATA DE ATENDIMENTO -** preencher o campo com o dia, mês e ano do atendimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**7 - DATA DO DIAGNÓSTICO –** Preencher a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial da doença de acordo com a definição de caso suspeito vigente no momento da notificação.

**8 - PACIENTE AUTORIZA BUSCA ATIVA? –** Marcar se a paciente permite (ou não) que a unidade de saúde entre em contato posteriormente para acompanhamento do caso.

**9 - TELEFONE –** Caso a paciente autorizar busca ativa, informar o número do telefone (DDD + telefone) para contato posterior.

**II DADOS DA GESTANTE**

 **10 - NOME**- anotar o nome completo da gestante suspeita de Toxoplasmose Gestacional de acordo com o registrado no documento de identificação (não abreviar o nome). Caso não tenha o documento, anotar o nome informado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**11 - DATA DE NASCIMENTO-** preencher o campo com o dia, mês e ano do nascimento da mãe da criança notificada.

**12 - IDADE** - se a data de nascimento for desconhecida, registrar a idade que for informada pela gestante, responsável ou acompanhante. Quando a idade for estimada, colocar no campo observação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**13 - OCUPAÇÃO –** anotar a ocupação, função desenvolvida pela trabalhadora de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada.

**14 - ESCOLARIDADE –** marcar o quadrículo correspondente à escolaridade declarada pela mãe da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. Sendo **analfabeto** (pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a seis anos que não frequentou a escola), **1ª a 4ª série incompleta** (pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 4ª série – equivale a 1 a 3 anos de estudos concluídos), **4ª série completa** (pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a 4ª série – equivale a 4 anos de estudos concluídos), **5ª a 8ª série incompleta** (pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 8ª série – equivale a 5 a 7 anos de estudos concluídos), **Ensino Fundamental Completo** (pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino fundamental – equivale a 8 anos de estudos concluídos), **Ensino Médio Incompleto** (pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a última série do ensino médio – equivale a 8 a 11 anos de estudos concluídos); **Ensino Médio** Completo (pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino médio – equivale a 12 anos de estudos concluídos), **Ensino Superior Incompleto** (pessoa que frequentou ou está frequentando a universidade sem ter concluído o 3º grau); **Ensino Superior Completo** (pessoa que frequentou a universidade até concluir, com aprovação, o 3º grau), **Ignorado** (pessoa não sabe ou não pode informar).

**15 - RAÇA/COR -** marcar o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia declarada pela gestante, responsável ou acompanhante, sendo branco, preto, amarelo (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar oriental ou de raça amarela), parda (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça) ou indígena. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**16 - SEMANA GESTACIONAL –** Preencher com a idade gestacional da paciente (em semanas). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**17 - REALIZOU PRÉ-NATAL** - Preencher se a paciente realizou o pré-natal durante a gestação (sim, não ou em andamento). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**18 - NÚMERO DE CONSULTAS** – Caso a gestante tenha realizado pré-natal durante a gestação, preencher qual o número de consultas realizadas.

**19 - UNIDADE DE SAÚDE QUE REALIZOU O PRÉ-NATAL –** preencher com o nome completo da unidade de saúde em que a gestante realizou o pré-natal. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**20 - MUNICÍPIO ONDE REALIZOU O PRÉ-NATAL** - marcar o nome do município da unidade de saúde de realização do pré-natal. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**21 - SE OUTRO, QUAL -** Caso a gestante não tiver realizado pré-natal no Estado do Tocantins, informar o município e estado no qual foi realizado.

**22 - DIAGNÓSTICO DE TOXOPLASMOSE MATERNA –** informar se o diagnóstico de toxoplasmose gestacional foi estabelecido durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto ou não foi realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**23 - COINFECÇÃO HIV –** Informar se a gestante tem coinfecção com HIV (sim ou não). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**III DADOS LABORATORIAIS**

**24 - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA RESPONSÁVEL –** indicar o nome completo do Laboratório de Referência responsável pela realização dos exames. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**25 - DATA DA 1ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS** – preencher o campo com o dia, mês e ano da coleta de amostra para a primeira dosagem de imunoglobulinas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

 **26 - TEMPO DE GESTAÇÃO DURANTE A 1ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS –** preencher com a idade gestacional no momento da coleta de amostra para a primeira dosagem de imunoglobulinas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**27 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS** – marcar os quadrículos correspondentes aos resultados laboratoriais do exame materno referente à amostra da primeira dosagem de imunoglobulinas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**32 - RESULTADO LABORATORIAL** – Anexar o resultado do exame laboratorial.

**33 - HOUVE OUTRA DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS –** marcar o quadrículo se houve uma segunda dosagem de imunoglobulinas (sim ou não). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**34 - DATA DA 2ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS** – preencher o campo com o dia, mês e ano da coleta de amostra para a segunda dosagem de imunoglobulinas.

**35 - TESTE DE AVIDEZ DE IgM? -** Informar se foi realizado o teste de avidez de IgM (sim ou não). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**36 - TITULAÇÃO –** informar a titulação do teste de avidez IgM.

**37 - DATA DA COLETA DO TESTE DE AVIDEZ –** Informar a data da coleta do teste.

**38 - DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ –** Informar a data da checagem do teste.

**39 - TESTE DE AVIDEZ DE IgG? -** Informar se foi realizado o teste de avidez de IgG (sim ou não). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**40 - TITULAÇÃO** - informar a titulação do teste de avidez IgG.

**41 - DATA DA COLETA DO TESTE DE AVIDEZ –** Informar a data da coleta do teste.

**42 - DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ –** Informar a data da checagem do teste.

**43 – PACIENTE FOI ENCAMINHADA PARA REFERÊNCIA PARA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO FETAL**

**IV TRATAMENTO**

**44 - ESQUEMA DE TRATAMENTO –** indicar se o tratamento prescrito pelo profissional médico foi realizado adequadamente, inadequadamente, está em andamento ou não foi realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**49 - PRESCRIÇÃO MÉDICA –** Informar o esquema de tratamento prescrito à gestante.

**50 - DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO** – Anotar a data do início do tratamento materno.

**V CONCLUSÃO**

**51 - CLASSIFICAÇÃO FINAL** – depois de realizada toda a investigação, conclui se o caso é ou não Toxoplasmose Gestacional.

**52 - CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE** – informar o critério de confirmação ou descarte, se laboratorial (no qual os exames laboratoriais confirmam ou descartam o caso) ou clínico-epidemiológico (onde apenas a clínica e os dados epidemiológicos confirmam ou descartam o caso)

**VI DADOS DO NOTIFICANTE**

**53 - UNIDADE DE ATENDIMENTO –** Informar o nome completo da unidade de saúde responsável pelo atendimento e por esta investigação.

**54 - TELEFONE –** Informar o telefone para contato (DDD + telefone).

**55 - NOME DO NOTIFICANTE** – Informar o nome completo do responsável por esta investigação.