**INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA (CID 10 – P37.1)**

**I DADOS GERAIS**

**1 – NÚMERO NOTIFICAÇÃO NO SINAN – CID 10 P37.1** – preencher com o número da notificação da Ficha de Notificação/Conclusão de Toxoplasmose Congênita (CID 10 P37.1) 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 – DATA DE ATENDIMENTO -** preencher o campo com o dia, mês e ano do atendimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**II DADOS DA CRIANÇA**

**5 – NOME** - anotar o nome completo da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita 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.**

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

**7 – IDADE** - se a data de nascimento for desconhecida, registrar a idade que for informada pela mãe, responsável ou acompanhante da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita. Quando a idade for estimada, colocar no campo observação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**8 – RAÇA/COR -** marcar o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia declarada pela mãe, responsável ou acompanhante da criança, 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.**

**III DADOS DA MÃE**

**9 – NOME** – anotar o nome completo da mãe da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita 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.**

**10 – NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DA MÃE NO SINAN – CID 10 O98.6 -** preencher caso a mãe da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita tenha sido notificada 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.

**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 da mãe da criança suspeita de Toxoplasmose Congênita. 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 pessoa, 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 – REALIZOU PRÉ-NATAL –** Informar se a mãe do paciente realizou o pré-natal nesta gestação (sim ou não). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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

**18. IDADE GESTACIONAL EM QUE INICIOU O PRÉ-NATAL** – informar em semanas a idade gestacional em que a gestante iniciou o pré-natal.

**19 – DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE MATERNA –** Marcar os resultados dos exames laboratoriais de toxoplasmose da mãe, preconizado para ser realizado no 1º e 3º trimestre gestacional. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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

**21 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS** – marcar os quadrículos correspondentes aos resultados laboratoriais dos exames da mãe, referentes tanto à primeira amostra (preconizado para ser realizado no 1º trimestre gestacional) quanto à segunda amostra (terceiro trimestre gestacional). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**26 – ESQUEMA DE TRATAMENTO** – marcar o quadrículo correspondente à realização do esquema de tratamento da mãe, se o tratamento foi adequadamente realizado, inadequadamente realizado ou não foi realizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

 **27 – DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO –** preencher o campo com o dia, mês e ano do início do tratamento da mãe.

**III DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DA CRIANÇA**

**28 – 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.**

**29 – IDADE DA CRIANÇA NA DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS –** preencher com a idade da criança no momento da coleta de amostra para a primeira dosagem de imunoglobulinas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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

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

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

**37 – 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.

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

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

**40 – DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ –** informar a data da checagem o teste.

**41 – TITULAÇÃO –** informar a titulação do teste de avidez IgM

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

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

**44 – DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ –** informar a data da checagem o teste.

**45 – TITULAÇÃO –** informar a titulação do teste de avidez IgG.

**46 – ALTERAÇÃO LCR** – informar se houve alterações no líquor.

**47 – RAIO-X DO CRÂNIO –** informar resultado do laudo do raio-x do crânio, se realizado.

**48 – TOMOGRAFIA / USG DO CRÂNIO –** informar resultado do laudo da tomografia / usg do crânio, se realizado.

**49 – DIAGNÓSTICO CLÍNICO –** informar diagnóstico clínico da criança.

**50 – ALTERAÇÕES OCULARES –** informar se o paciente teve alguma das alterações oculares, marcando os campos específicos. Caso paciente apresentar outras alterações oculares não contemplados anteriormente, marcar campo “Outros”.

**51 – SE OUTROS, QUAL?** – especificar alterações oculares não especificadas anteriormente.

**52 – ALTERAÇÕES CLÍNICAS –** informar se o paciente teve alguma das alterações clínicas, marcando os campos específicos. Caso paciente apresentar outras alterações clínicas não contemplados anteriormente, marcar campo “Outros”.

**53 – SE OUTROS, QUAL?** – especificar alterações clínicas não especificadas anteriormente.

**IV TRATAMENTO**

**54 – 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.**

**59 - PRESCRIÇÃO MÉDICA –** Informar o esquema de tratamento prescrito à gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**60 – DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO** – Anotar a data do início do tratamento da criança.

**V CONCLUSÃO**

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

**62 – 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)

**63 – SEGMENTO DO CASO DURANTE 1 – 2 ANOS** – informar como ocorreu o segmento da criança em até 2 anos.

**64 – OBSERVAÇÕES ADICIONAIS** – preencher com outras observações consideradas relevantes para a investigação e que não disponha de campos disponíveis acima.

**VI DADOS DO NOTIFICANTE**

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

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

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