



## FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

**Caso Suspeito de Toxoplasmose Gestacional:****Infecção aguda provável:**

- ✓ IgM e IgG reagentes, baixo índice de avides;
- ✓ Aumento progressivo dos títulos de IgM e IgG;
- ✓ IgM reagente e IgG não reagente.

**Infecção possível:**

- ✓ IgM e IgG reagentes com avides alta ou indeterminada (> 16 semanas gestacionais);
- ✓ IgM e IgG reagentes, em qualquer idade gestacional, sem teste de avides.

**Infecção improvável:**

- ✓ IgG reagente e IgM reagente com avides alta (< 16 semanas gestacionais).
- ✓ IgG reagente e IgM não reagente

**DADOS GERAIS**1) **NÚMERO NOTIFICAÇÃO NO SINAN - CID 10 O98.6:**2) **DATA DA NOTIFICAÇÃO:**3) **MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO:**4) **MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:**5) **SE OUTRO, QUAL?**6) **DATA DE ATENDIMENTO:**7) **DATA DO DIAGNÓSTICO:**8) **PACIENTE AUTORIZA BUSCA ATIVA?**

- ☐ Sim  
☐ Não

9) **TELEFONE:****DADOS DA GESTANTE**10) **NOME:**11) **DATA DE NASCIMENTO:**12) **IDADE:**

## 13) OCUPAÇÃO:

## 14) ESCOLARIDADE:

- ☐ Analfabeto
- ☐ 1ª a 4ª série incompleta
- ☐ 4ª série completa
- ☐ 5ª a 8ª série incompleta
- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Médio Incompleto
- ☐ Ensino Médio Completo
- ☐ Ensino Superior Incompleto
- ☐ Ensino Superior Completo
- ☐ Ignorado

## 15) RAÇA/COR:

- ☐ Branco
- ☐ Preto
- ☐ Amarelo
- ☐ Pardo
- ☐ Indígena
- ☐ Ignorado

## 16) SEMANA GESTACIONAL:

## 17) REALIZOU PRÉ-NATAL?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Em andamento
- ☐ Ignorado

## 18) NÚMERO DE CONSULTAS:

## 19) UNIDADE DE SAÚDE QUE REALIZOU O PRÉ-NATAL?

## 20) MUNICÍPIO ONDE REALIZOU O PRÉ-NATAL?

## 21) SE OUTRO, QUAL? :

## 22) DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE MATERNA:

- ☐ Durante o pré-natal
- ☐ No momento do parto/curetagem
- ☐ Depois do parto
- ☐ Não realizado

## 23) COINFECÇÃO HIV:

- ☐ Sim
- ☐ Não

**DADOS LABORATORIAIS**

## 24) LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA RESPONSÁVEL:

25) DATA DA 1ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:

26) TEMPO DE GESTAÇÃO DURANTE A 1ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:

27) DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:

|          | Reagente                 | Não reagente             | Não realizado            |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28) IgM: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) IgG: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) IgA: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) IgE: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32) RESULTADO LABORATORIAL:

Anexar o resultado do exame

33) HOUVE OUTRA DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA?

- ☐ Sim  
☐ Não

34) DATA DA 2ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:

35) TESTE DE AVIDEZ DE IgM?

- ☐ Alta  
☐ Baixa  
☐ Não realizada

36) TITULAÇÃO:

37) DATA DE COLETA DO TESTE DE AVIDEZ:

38) DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ:

39) TESTE DE AVIDEZ DE IgG?

- ☐ Alta  
☐ Baixa  
☐ Não realizada

40) TITULAÇÃO:

41) DATA DA COLETA DO TESTE DE AVIDEZ:

42) DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ:

43) PACIENTE FOI ENCAMINHADA PARA REFERÊNCIA PARA INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO FETAL:

- ☐ Sim  
☐ Não

## TRATAMENTO

44) ESQUEMA DE TRATAMENTO:

Adequadamente realizado   Inadequadamente realizado   Em andamento   Não realizado

|                     |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 45) Espiramicina:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46) Pirimetamina:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47) Ácido Folínico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48) Sulfadiazina:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**49) PRESCRIÇÃO MÉDICA:****50) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:****CONCLUSÃO****51) CLASSIFICAÇÃO FINAL:**

- ☐ Confirmado  
☐ Descartado

**52) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO/DESCARTE:**

- ☐ Laboratorial  
☐ Clínico-epidemiológico

**DADOS DO NOTIFICANTE****53) UNIDADE DE ATENDIMENTO:****54) TELEFONE:**

Informe ddd e número - apenas números

**55) NOME DO NOTIFICANTE:**