



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Caso Suspeito de Toxoplasmose Congênita - todo recém-nascido de mãe com diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção aguda

DADOS GERAIS1) **NÚMERO NOTIFICAÇÃO NO SINAN - CID 10 P37.1:**2) **DATA DA NOTIFICAÇÃO:**3) **MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO:**4) **DATA DE ATENDIMENTO:****DADOS DA CRIANÇA**5) **NOME:**6) **DATA DE NASCIMENTO:**7) **IDADE (Cópia):**8) **RAÇA/COR:**

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

DADOS DA MÃE9) **NOME:**10) **NÚMERO NOTIFICAÇÃO DA MÃE NO SINAN - CID 10 O98.6:**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

16) **REALIZOU PRÉ-NATAL?**

- Sim
- Não

17) **NÚMERO DE CONSULTAS:**

18) **IDADE GESTACIONAL EM QUE INICIOU O PRÉ-NATAL:**

19) **DIAGNÓSTICO DA TOXOPLASMOSE MATERNA:**

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

20) **COINFEÇÃO HIV:**

- Sim
- Não

21) **DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:**

	Reagente	Não reagente	Não realizado
22) IgM (1ª amostra):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) IgM (2ª amostra):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) IgG (1ª amostra):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) IgG (2ª amostra):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) **ESQUEMA DE TRATAMENTO:**

- Adequadamente realizado
- Inadequadamente realizado
- Não realizado

27) **DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO:**

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS DA CRIANÇA28) **DATA DA 1ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:**

29) **IDADE DA CRIANÇA NA DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:**

30) DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:

	Reagente	Não Reagente	Não Realizado
31) IgM:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) IgG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) IgA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) IgE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) RESULTADO LABORATORIAL:

Anexar o resultado do exame

36) HOUVE OUTRA DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA?

- Sim
 Não

37) DATA DA 2ª DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINAS:**38) TESTE DE AVIDEZ DE IgM?**

- Alta
 Baixa
 Não realizada

39) DATA DA COLETA DO TESTE DE AVIDEZ:**40) DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ:****41) TITULAÇÃO:****42) TESTE DE AVIDEZ DE IgG?**

- Alta
 Baixa
 Não realizada

43) DATA DA COLETA DO TESTE DE AVIDEZ:**44) DATA DA CHECAGEM DO TESTE DE AVIDEZ:****45) TITULAÇÃO:****46) ALTERAÇÃO LCR:**

- Sim
 Não
 Não Realizado

47) RAIOS-X DO CRÂNIO:

- Alterado
 Normal
 Não Realizado

48) TOMOGRAFIA / USG DO CRÂNIO:

- Alterado
 Normal

Não Realizado

49) **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

Assintomático

Sintomático

Não se aplica

50) **ALTERAÇÕES OCULARES:**

Nistagmo

Estrabismo

Coriorretinite

Cegueira

Outros

51) **SE OUTROS, QUAL?**

52) **ALTERAÇÕES CLÍNICAS:**

Icterícia

Esplenomegalia

Hepatomegalia

Microcefalia

Trombocitopenia

Atraso psico-motor

Hidrocefalia

Anemia

Meningoencefalite

53) **SE OUTROS, QUAL?**

TRATAMENTO

54) **ESQUEMA DE TRATAMENTO:**

	Adequadamente realizado	Inadequadamente realizado	Em andamento	Não realizado
55) Sulfadiazina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) Pirimetamina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) Ácido Fólnico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58) Prednisona:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59) **PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

60) **DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:**

CONCLUSÃO

61) **CLASSIFICAÇÃO FINAL:**

Confirmado

Descartado

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

Laboratorial

Clínico-epidemiológico**63) SEGMENTO DO CASO DURANTE 1 - 2 ANOS:** Assintomático Alterações Oculares Alterações Neurológicas Não deu segmento**64) OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:****DADOS DO NOTIFICANTE****65) UNIDADE DE ATENDIMENTO:****66) TELEFONE:**

Informe ddd e número - apenas números

67) NOME DO NOTIFICANTE: