

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
APARECIDA DE GOIÂNIA
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA
SAÚDE DA MULHER**

Tipo do documento	Protocolo Clínico Multidisciplinar	PCMTG/SAS	Versão: 2
		Pág.: 15	
Título do documento	PROTOCOLO DE MANEJO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	Data de emissão: 10/02/2021	
		Revisão: 13/08/2025	

1.Introdução:

A toxoplasmose é uma doença parasitária encontrada principalmente nos países tropicais. Sua infecção não apresenta sintomas na grande maioria dos casos, 70 a 90 % dos casos de toxoplasmose em pacientes imunocompetentes são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos, porém em duas populações a infecção aguda desencadeia sérias repercussões: pessoas imunossuprimidas e gestantes.

O *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose, é um protozoário intracelular obrigatório que apresenta ciclo evolutivo com três formas principais sendo todas elas dotadas de competência para realizar a infecção. O hospedeiro definitivo do parasita são os felinos (gatos). Os outros animais, incluindo o homem, são hospedeiros intermediários. As principais vias de transmissão são: oral e “vertical” ou seja, transplacentária.

A transmissão para hospedeiros intermediários ocorre por contato com a terra ou areia e ingestão de alimentos que tenham sido contaminados pelos oocistos depositados no meio ambiente, como frutas ou vegetais mal lavados. A contaminação pode ocorrer também por meio de água contaminada, jardinagem sem luvas, contato íntimo com gatos contaminados e ingestão de carnes cruas ou malcozidas.

O risco de infecção fetal e a gravidade do acometimento estão relacionados a idade gestacional na infecção aguda materna. Quanto maior a idade gestacional, maior o risco de transmissão vertical e infecção fetal, enquanto que a morbimortalidade fetal é inversamente

proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda; no início da gravidez a infecção é menos frequente, mas pode levar ao abortamento ou sequelas graves.

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos, comuns a outras doenças como dengue, citomegalovírus ou mononucleose infecciosa. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.

As lesões oculares são as mais frequentes da toxoplasmose congênita, correspondendo a cerca de 70% das afecções (retinocoroidite, atrofia do nervo óptico, microftalmia, paralisia ocular, catarata e estrabismo). Alterações neurológicas podem ser extremamente graves: microcefalia, ventriculomegalia, surdez neurosensorial, encefalomalácia, porencefalia e calcificações cerebrais. Alterações sistêmicas são menos comuns: hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, oligo ou oideirânio, hidropisia e derrame pericárdico.

Em relação aos recém-nascidos, a maioria não apresenta sintomas ao nascimento. Em grande parte das crianças afetadas, as sequelas são tardias, sendo a mais comum retinocoroidite, e também, crises convulsivas e retardo cognitivo.

O diagnóstico da toxoplasmose aguda durante a gravidez é realizado pela triagem sorológica, que no Brasil deve ser universal para todas as gestantes, devido à alta prevalência, com detecção de anticorpos específicos das classes IgM e IgG. O objetivo principal do rastreamento, na primeira consulta – no primeiro trimestre, é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação, adoção de medidas de prevenção primária e detecção precoce dos casos positivos para prevenir a transmissão fetal, e proporcionar o tratamento.

2. Objetivo Geral

Este protocolo visa implementar ação de vigilância integrada da toxoplasmose gestacional em Aparecida de Goiânia, de acordo com as diretrizes já adotadas pelo Ministério da Saúde:

2.1 Objetivos Específicos

- Detectar precocemente os casos de toxoplasmose aguda na gestação, a fim de proporcionar o tratamento adequado com o objetivo de prevenir a transmissão fetal;
- Detectar precocemente os casos de gestantes suscetíveis durante o pré natal, orientando

adequadamente quanto às formas de prevenção através de medidas higienodietéticas;

- Padronizar as orientações relacionadas à notificação e à investigação dos casos de Toxoplasmose Gestacional, em conformidade com os protocolos nacionais e estaduais e com as legislações vigentes;
- Divulgar os instrumentos, fluxos e orientações para notificação das formas gestacional e congênita.

3. Diagnóstico da Infecção Materna

Na gestação, deverá ser realizado o rastreamento sorológico, na primeira consulta, no primeiro trimestre de gravidez, ou a qualquer momento quando da entrada da paciente no pré-natal.

No estado de Goiás, este rastreamento é realizado de forma universal, para todas as gestantes, através do “Teste da Mamãe”, colhido nas Unidades Básicas de Saúde e/ou Ambulatórios de Pré-natal, e encaminhados ao laboratório da APAE.

Os exames sorológicos na gravidez se baseiam na identificação de anticorpos específicos das classes IgG e IgM, por meio de diferentes técnicas, como ELISA ou quimioluminescência, bem como no teste de avididade de IgG.

O teste da mamãe é realizado com gota de sangue em papel filtro e utilizado método ELISA para identificação dos anticorpos.

3.1 Interpretação dos Resultados

- Gestantes com IgG NEG e IgM NEG = são consideradas suscetíveis a infecção.
- Gestantes com IgG POS e IgM NEG = são consideradas “ imunes ”
- Gestantes com IgG NEG e IgM POS = tem infecção aguda inicial (ou falso positivo IgM)
- Gestantes com IgG POS e IgM POS = tem provável infecção aguda ou recente e deverão realizar teste de avididade IgG, na mesma amostra de soro.

3.2 Teste de Avididade de IgG

Alguns indivíduos apresentam títulos de IgM residual por toda a vida, mesmo após ter passado a fase aguda da doença, e o IgG sempre denota que a infecção ocorreu, portanto, nos casos de IgG positivo e IgM positivo, para descartar ou confirmar infecção recente, ou que ocorreu nos últimos três meses (12-16 semanas), deve-se solicitar o teste de avididade da IgG até a 16ª semana

de gestação. Após 16 semanas de gestação, independentemente do resultado do teste (baixa, alta ou indeterminada), a avidéz não tem autonomia para definir o tempo da infecção.

Para interpretação é necessário observar valores referenciais do kit laboratorial utilizado, porém no geral:

- se Avidéz IgG $\geq 60\%$ até a 16ª semana de gestação significa alta avidéz = infecção aguda excluída, anticorpos produzidos há mais de 12-16 semanas.
- se Avidéz IgG $\leq 30\%$ significa baixa avidéz = doença aguda ou recente
- se Avidéz entre 30 e 60% significa avidéz intermediária = considerar doença aguda ou recente.

4. Interpretação e conduta dos resultados de IgM e IgG na primeira consulta (primeiro trimestre de gravidez)

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG positivo IgM negativo	- Imune - Infecção pregressa	- Seguir rotina de pré-natal de risco habitual. - Manter orientações higienodietéticas
IgG negativo IgM negativo	<u>Suscetibilidade</u>	- Orientações higienodietéticas; - Repetir sorologia no segundo e terceiro trimestre;
IgG negativo IgM positivo	- Infecção muito recente ou falso positivo IgM. (Caso suspeito)	- Iniciar espiramicina imediatamente - Repetir sorologia em 2 semanas - Se IgG positivar= infecção na gravidez, então notificar e encaminhar ao alto risco.
IgG positivo IgM positivo	- Possibilidade infecção aguda ou recente.	- Iniciar espiramicina imediatamente Realizar teste de avidéz de IgG: - Avidéz alta= infecção adquirida antes da gestação, suspender espiramicina. - Avidéz baixa ou intermediária = infecção na gestação (encaminhar ao alto risco).



4.1 Interpretação e conduta da primeira sorologia colhida após 16 semanas de gestação

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG positivo IgM negativo	- Imune. - Infecção pregressa	- Seguir rotina de pré-natal de risco habitual.
IgG negativa IgM negativo	<u>Suscetibilidade</u>	- Orientações higienodietéticas; - Repetir sorologia no segundo e terceiro trimestre;
IgG negativo IgM positivo	- Infecção muito recente ou falso positivo IgM.	Notificar e encaminhar ao PNAR
IgG positivo IgM positivo	- Infecção durante a gestação atual	

4.2 Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível

Resultados	Interpretação	Conduta
IgG negativo IgM negativo	Mantém suscetibilidade	- Manter orientações de prevenção primária;
IgG positivo IgM negativo	Possível falso IgG negativo em exame anterior- considerar paciente "imune".	- Manter pré-natal risco habitual e orientações;
IgG positivo IgM positivo ou IgG negativo IgM positivo	- Infecção Recente (toxoplasmose na gestação). (SOROCONVERSÃO)	- Notificar; - Encaminhar ao PNAR.

5. Profilaxia e tratamento

5.1- Gestantes IgG positivo e IgM negativo

- Gestantes imunocompetentes não necessitam de novas intervenções;
- Seguir em pré-natal de risco habitual;
- Nos casos de imunossupressão, como nas portadoras do HIV, há risco de reativação da doença com possível transmissão vertical e essas pacientes devem ser avaliadas individualmente, com infectologista.

5.2 Gestantes IgG negativo e IgM negativo

- Gestantes suscetíveis: devem ter a sorologia repetida, pelo menos mais duas vezes durante o pré-natal, para verificar possível soroconversão
- Orientações quanto as medidas higienodietéticas:
 - Evitar a ingestão de carne crua ou malpassada;
 - Dar preferência às carnes previamente congeladas;
 - Não comer ovos crus ou malcozidos;
 - Beber água filtrada;
 - Usar luvas para manipular alimentos e carnes cruas;
 - Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas;
 - Lavar bem frutas, verduras e legumes;
 - Evitar contato com fezes de gatos;
 - Alimentar gatos domésticos com rações comerciais;
 - Fazer limpeza diária com água fervente do recipiente em que os gatos depositam suas fezes;
 - Usar luvas ao manusear a terra ou jardim.

5.3 Gestantes IgG negativo e IgM positivo

- Gestantes consideradas casos suspeitos;
- Repetir sorologia em 2 semanas;
- Iniciar Espiramicina, via oral, na dose de 3g/dia (2 comprimidos de 500mg de 8/8 horas ou 1.500.000 UI de 8/8 horas) e manter até o resultado.
- Se o resultado da nova sorologia for: IgG não reagente e IgM reagente (ou seja, não aparecer o IgG, mesmo mantendo IgM reagente), isto significa FALSO POSITIVO PARA IGM e deve-se suspender a espiramicina e voltar ao pré-natal de risco habitual, mantendo orientações higienodietéticas.
- Se ocorrer positividade de IgG, confirma-se infecção aguda materna: manter a espiramicina se idade gestacional < 16 semanas e encaminhar para o pré natal de alto risco; se idade gestacional $\geq$ 16 semanas pode ser realizada a troca para o esquema tríplice (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido fólico) imediatamente e encaminhar ao pré natal de alto risco; orientar

a gestante sobre a realização de amniocentese (realizada à partir de 18 semanas de gestação na APAE);

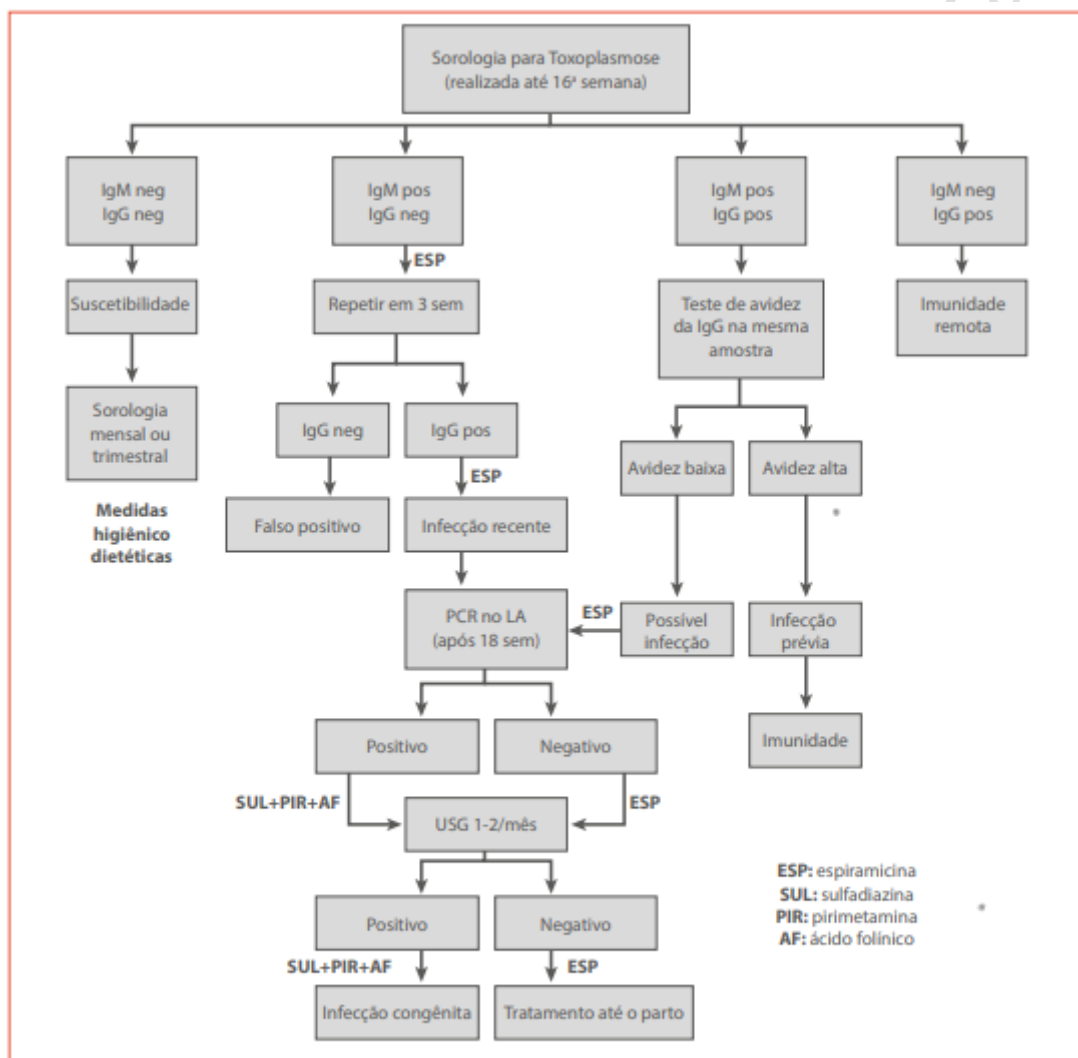
- Se amniocentese acusar infecção fetal, o esquema tríplice deverá ser mantido até o parto:
 - Sulfadiazina 500mg, 2 comprimidos VO a cada 8 horas
 - Pirimetamina 25mg, 1 comprimido VO a cada 12 horas
 - Ácido folínico 15mg, 1 comprimido VO ao dia
- Realizar o controle materno com hemograma a cada duas semanas (alta toxicidade das drogas utilizadas com risco de alterações como anemia megaloblástica, e nesses casos o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com Espiramicina);
- Realizar USG obstétrica a cada 15 ou 20 dias para pesquisar alterações fetais, tais como calcificações cerebrais, e sinais de anemia fetal, como hidropsia;
- Exames de vitalidade fetal deverão ser solicitados a critério do obstetra do alto risco.
- Se amniocentese não acusar infecção fetal, manter espiramicina até o parto;
- A via de parto é de indicação obstétrica e não há contraindicação a amamentação. Placenta e sangue de cordão podem ser encaminhados para realização de sorologia e PCR.

5.4 Gestantes IgG positivo e IgM positivo

- Quadro de possível infecção aguda, iniciar espiramicina imediatamente.
- Realizar coleta de sangue periférico para nova dosagem de anticorpos por outro método e realizar teste de avidéz de IgG (se até 16 semanas)
- Se alta avidéz – considerar paciente imune e seguir pré-natal habitual, podendo suspender a espiromicina.
- Se baixa avidéz ou avidéz intermediária – considerar infecção aguda e manter espiramicina até a realização de amniocentese.
- Se IG maior que 16 semanas, considerar infecção aguda, independente do teste de avidéz, iniciar esquema tríplice e encaminhar para realização de amniocentese.
- Se amniocentese acusar infecção fetal, o tratamento deverá ser (e mantido até o parto) com:
 - Sulfadiazina 500 mg, 2 comprimidos VO a cada 8 horas
 - Pirimetamina 25 mg, 1 comprimido VO a cada 12 horas
 - Ácido folínico 15 mg, 1 comprimido VO ao dia
- Realizar o controle materno com hemograma a cada duas semanas (alta toxicidade das drogas

utilizadas com risco de alterações como anemia megaloblástica, e nesses casos o tratamento deve ser suspenso e substituído pela profilaxia com Espiramicina);

- Se resultado de amniocentese for negativo para infecção fetal, manter espiramicina até o parto.
- Realizar USG obstétrica a cada 15 ou 20 dias para pesquisar alterações fetais, tais como calcificações cerebrais, e sinais de anemia fetal, como hidropsia;
- Exames de vitalidade fetal deverão ser solicitados a critério do obstetra do alto risco;
- A via de parto é de indicação obstétrica e não há contraindicação a amamentação. Placenta e sangue de cordão podem ser encaminhados para realização de sorologia e PCR.



Fonte: Montenegro CA, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.⁽⁹⁾

- No Estado de Goiás, o teste da mamãe é realizado com gota de sangue em papel filtro e

utilizado método ELISA para identificação dos anticorpos. Se nas primeiras 16 semanas gestacionais o primeiro exame solicitado detectar anticorpos IgG e IgM reagentes, é realizado a busca ativa da paciente para coleta de sangue periférico, no qual se repete a dosagem dos anticorpos por outro método (imunofluorescência indireta) nesse caso é realizado teste de avididade de IgG na mesma amostra de soro.

- Não devem ser realizados exames de avididade após a 16ª semana de gestação, pois a avididade alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.
- Espiramicina não atravessa barreira placentária e pode ser prescrita desde o primeiro trimestre até o parto, se indicado.
- As drogas do esquema tríptico só podem ser prescritas após 16 semanas e mantidas até o parto, se indicadas.
- O uso da Espiramicina em gestantes no quadro agudo de toxoplasmose pode reduzir o risco de transmissão vertical entre 60 e 70%. Portanto, todas as gestantes com diagnóstico de infecção aguda ou aguardando confirmação devem receber a profilaxia.
- Amniocentese pode ser realizada de 18 a 32 semanas de idade gestacional, assim, nos casos de soroconversão acima de 32 semanas, o tratamento com esquema tríptico deve ser iniciado mesmo sem a confirmação da infecção fetal, devido ao alto risco de transmissão vertical.
- Quando houver quadro clínico suspeito de toxoplasmose e/ou alteração no exame de ultrassonografia associada à toxoplasmose, em locais sem condições de realizar amniocentese, é importante iniciar o tratamento com as três drogas mesmo sem a confirmação da infecção fetal.



7. Fluxograma de dispensação de medicamentos para Toxoplasmose Gestacional



Paciente deverá apresentar:

- 1-Documentos pessoais;
- 2-Cartão do SUS (cartão nacional de saúde);
- 3-Receituário válido;
- 4-Comprovante de endereço do município;
- 5-Cópia de notificação do SINAN.

8. Ficha de Notificação –SINAN

- A ficha de Notificação deverá ser preenchida por todas as Unidades de Saúde que realizam o diagnóstico de Toxoplasmose gestacional (CID 10 O98.6 - corresponde a “Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério”);

ATENÇÃO: deverá ser entregue uma cópia da notificação para a gestante , pois a mesma é documento OBRIGATÓRIO para dispensação da medicação

- O envio das fichas a Vigilância Epidemiológica deverá ser semanal;
- A ficha de notificação (Anexo II) estará disponível nos Serviços de Saúde e solicitadas ao Programa de Doenças Transmissíveis pelo Telefone: 3545-6703;
- Atentar para os dados da ficha, e preencher todos os campos. São dados essenciais para que a Vigilância possa identificar possíveis surtos em regiões.

9. Ficha de Investigação

- A ficha de investigação (Anexo III) será disponibilizada pela Vigilância Epidemiológica e solicitada ao Programa de Doenças Transmissíveis pelo Telefone: 3545-6703;
- A ficha de Investigação deverá ser preenchida pelos responsáveis do atendimento de pré-natal;
- A ficha de investigação deverá ser preenchida e enviada até um mês após a notificação com todos os dados registrados;
- Atentarem aos dados da ficha, pois é por meio dela que a Vigilância Epidemiológica identifica os meios de exposição e elabora medidas de prevenção a novas infecções;
- O encerramento no SINAN será feito pela Vigilância Epidemiológica a partir de dados da Ficha de Investigação em até 300 dias após a notificação.

10. Referências

- 1 -Protocolo de Notificação e Investigação de toxoplasmose gestacional e congênita. Sec. De Vigilância em Saúde. Depto de Vigilância das doenças transmissíveis. Ministério da Saúde: 2018.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. –

Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

3- Protocolos Febrasgo. Toxoplasmose e gravidez. Obstetrícia nº67-2018. Disponível em: www.Febrasgo.org.br/protocolos

4- Amorim Filho AG, Andrade JQ. Toxoplasmose. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 309-16.

5- Alvarenga FR. Valor do Teste de Avidéz da IgG como marcador de doença aguda ou crônica e de transmissão vertical na toxoplasmose. Dissertação de Mestrado em Universidade Federal de Goiás, 2009.

6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

7- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Toxoplasmose e gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 23/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica	Ambulatório Especializado
Atualização	Guilherme Vasconcelos	Médico	Coordenador médico
	Sônia Maria S.S. Martins	Chefe de Unidade de Saúde	Governança Clínica
Revisão	Gustavo Assunção	Superintende	Superintende de Atenção à Saúde
Aprovação	Gabriela Vieira	Médica	Coordenadora médica
	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Atenção Especializada - SAS
	Carlos Eduardo de Paula Itaceramby	Superintende	Superintende de Gestão e Planejamento
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria de Saúde



ANEXO II

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº							
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO											
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual							
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas					
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	1 - Titã 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica	13	Raça/Cor	1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14	Escolaridade									
	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito				
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		Código				
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1			
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP			
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)			
	Conclusão										
	31	Data da Investigação		32	Classificação Final		33	Critério de Confirmação/Descarte			
	Local Provável da Fonte de Infecção										
Conclusão	34	O caso é autóctone do município de residência?		35	UF	36	Pais				
	37	Município		Código (IBGE)	38	Distrito	39	Bairro			
	40	Doença Relacionada ao Trabalho		41	Evolução do Caso						
	42	Data do Óbito		43	Data do Encerramento						
	Informações complementares e observações										
	Observações adicionais:										
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde						
	Nome		Função		Assinatura						
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005						

ANEXO III**Ficha de Investigação Toxoplasmose Gestacional-CID-O 98-6****SINAN:**

Definição de Caso suspeito:

- () Gestante que apresentar resultado para IgM anti –T. gondii reagente ou indeterminado; () Gestante que apresentar história compatível com toxoplasmose;
- () Gestante que apresentar USG obstétrica ou exame de imagem sugestivo para toxoplasmose congênita;
- () Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose

1-UF: 2-Município de Notificação

3- Unidade Notificadora:

4- Data da Notificação : ____/____/____

Notificação Individual

5- Nome do Paciente: _____

6- Data de Nascimento: : ____/____/____ 7-Idade

8- Cor: () 1-branco 2-preto 3- amarelo 4- pardo 5- indígena 9-ignorado

9- Escolaridade 0-analfabeto 1-Ensino Fundamental Incompleto 2-Ensino Fundamental Completo 3- Ensino médio incompleto 4-Ensino médio completo 5- Ensino Superior Incompleto 6-Ensino Superior Completo 9- Ignorado

10- Número do Cartão SUS _____

11- Nome da Mãe: _____

Dados da Residência

12- Endereço _____

13- CEP _____ 14-Telefone _____

Dados Complementares da Gestante

15- Ocupação:

16- Idade Gestacional na 1ª sorologia 1- 1ª Trimestre 2- 2ª Trimestre 3- 3ª Trimestre 9- IG ignorada

17- Idade Gestacional na 1ª USG: ____semanas e ____dias Data: ____/____/____

18- DPP (Data Provável do Parto) ____/____/____



19- USG fetal normal () alterado () não realizado 1-sim 2-não

20- Local de realização do Pré-Natal () Particular / Convênio () UBS _____

1-sim 2- não

21- Sintomas na Gestação: () Febre () Artralgia () Adenomegalia intra abdominal ()

Hepatomegalia Cefálea () Rash/Exantema () Adenomegalia periférica ()

Esplenomegalia () Mialgia () Sintomas Respiratórios () Assintomática

1- sim 2- não 9- ignorado

22- Risco de Exposição

() Consumo de água de fonte não segura (ex. poço, bica e bebedouro) () Comeu carne crua ou mal passada () Contato com gatos () Contato com solos () Tem hábito de fazer refeição fora de casa () Caso semelhante (surto) 1- sim 2- não 9- ignorado

23- Viagem ou outra procedência 21 dias antes do primeiro resultado IgM reagente () 1-sim 2- não 9- ignorado Se sim, qual ? _____

24- Dados Laboratoriais

Data 1º coleta ____/____/____ Resultados () IgM Elisa (____) () IgG Elisa (____)

Data 2º coleta ____/____/____ Resultados () IgM Elisa (____) () IgG Elisa (____)

Data 3º coleta ____/____/____ Resultados () IgM Elisa (____) () IgG Elisa (____)

1-Reagente 2- Não Reagente 3- Indeterminado 9- Ignorado

25- Teste de Aidez

() 1- Alta 2- Baixa 3- Indeterminada 4- Não Realizada

26- Esquema de Tratamento

() Sulfadiazina, Pirimetamina, Ácido Fólinico 1- sim 2- não 9- Ignorado () Espiracimicina

() Clindamicina, Pirimetamina, Ácido Fólinico

27- Data de Início de Tratamento coleta ____/____/____

28- Data do Final de Tratamento coleta ____/____/____

Investigador : _____

Conclusão- Exclusivo para preenchimento pela Vigilância

29-Classificação Final da Gestação ()

1. Confirmado 2- Provável 3- Possível 4-Improvável 5- Descartado 9- Ignorado

30-Aborto na gestação atual () 1-sim 2- não 9-ignorado IG: ____sem____ dias

31- Evolução () 1- Cura 2-Óbito 9- Ignorado

Data do Encerramento: coleta ____/____/____

Profissional da Vigilância: _____