

1. Nome: _____

2. DN: ____/____/____

3. Unidade que realizou o Pré-Natal: _____

4. Data do primeiro teste treponêmico reagente
(teste rápido ou FTA Abs): ____/____/____

5. Data do primeiro teste treponêmico: ____/____/____

6. VDRL inicial: 1/____

7. Classificação clínica da sífilis:

() Primária; () Secundária; () Latente recente;

() Latente tardia; () Terciária

8. Tratamento: _____

9. Data do Tratamento:

1ª dose: ____/____/____

2ª dose: ____/____/____

3ª dose: ____/____/____

SEGUIMENTO

Mês	VDRL	Data
1º mês		
2º mês		
3º mês		
4º mês		
5º mês		
6º mês		
7º mês		
8º mês		
9º mês		

9. Teste treponêmico do parceiro: _____

10. VDRL do parceiro: 1/____

11. Tratamento do parceiro: _____

Observação: _____

Contra Referência Maternidade-UBS

VDRL mãe momento do parto: 1/____

VDRL RN: 1/____

Coleta de LCR do RN: _____

RX ossos longos do RN: _____

Tratamento do RN: _____

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



SEGUIMENTO DE GESTANTE (PARA MATERNIDADE)

**OBS: Levar esta ficha para
Maternidade no dia do parto**

Rua Vitória Qd.40 Lt.04 Jd. Belo Horizonte
Aparecida de Goiânia
Fone: 3545-6514